

# Samfunnsmessig verdsetting av framtidige helsegevinster i forhold til helsegevinster som oppnås nå

Eivind Kobbervik



Masteroppgave i legemiddeløkonomi  
ved Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2012





# **Samfunnsmessig verdsetting av framtidige helsegevinster i forhold til helsegevinster som oppnås nå.**

Eivind Kobbervik

Masteroppgave i legemiddeløkonomi for graden Master i farmasi

Avdeling for farmasi, Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

Universitetet i Oslo

Mai 2012

© Eivind Kobbervik

2012

Samfunnsmessig verdsetting av framtidige helsegevinster i forhold til helsegevinster som oppnås nå.

Eivind Kobbervik

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Helseøkonomiske analyser har som formål å anslå hvor effektive og verdifulle ulike tiltak er i forhold til hva de koster. Resultater av analysene er blant annet ment å være en støtte når politikere og andre beslutningstakere skal prioritere mellom tiltak for ulike pasientgrupper. En problemstilling i slike analyser er hvordan en skal se på helsegevinster som melder seg først en gang i framtida. Dette er aktuelt for legemidler som avverger framtidig sykdom og død. I helseøkonomiske analyser er det vanlig å tillegge framtidige gevinster mindre vekt (lavere verdi) jo lenger fram i tid de ligger. Tanken er at folk flest og beslutningstakere i helsevesenet er mest opptatt av de nære ting, det vil si det som skjer her og nå. Målet med denne oppgaven er å samle inn mer slike data om samfunnets avveininger mellom nåtid og framtid, og å studere ”rene tidspreferanser”, eller med andre ord hvor opptatt samfunnsmessige beslutningstakere er av det nære (”nærsyntheten”).

Oppgaven er utført ved personlig intervjuing av personer som deltar i sentrale prioriteringsbeslutninger i norsk helsevesen. I intervjuene er det blitt brukt et spørreskjema der det beskrives et par tenkte programmer som gir helsegevinster av samme slag og størrelse, men på ulike tidspunkter, i tillegg til et program med forskjell i varighet av effekten. Intervjupersonene har dermed blitt bedt om å rangere programmene ut fra hvor prioriteringsverdige de er. Hver intervjuperson besvarte flere spørsmål av denne typen og ut fra ”gjennomsnittsvar” på ulike spørsmål kunne styrken av preferanser estimeres.

Resultatene viser at median diskonteringsrate for personlig preferanse for andres helse er lavere enn den som vanligvis brukes eller er anbefalt i retningslinjene per dags dato. Hovedfunnene tilsier at samfunnsmessige beslutningstakere mener at forskjellen i tid ikke er av stor betydning når det gjelder prioritering mellom to like og forebyggende tiltak der eneste forskjellen er når de opptrer i tid. I tillegg har vi funnet ut at samfunnsmessige beslutningstakere mener at når det dreier seg om hvor lenge man får glede av helsegevinsten, er de ikke så høy opptatt av likhet, men prioriterer de som får den største helsegevinsten og den som varer lengst. Verdsettingen var imidlertid langt mindre enn proporsjonal med varigheten siden respondentene som valgte alternativ 1 (preferanse for sykdom A) var villig til å betale 80 % for en effekt som bare var halvparten så stor.







# Forord

Denne oppgaven ble formulert av min veileder, professor i legemiddeløkonomi, Erik Nord.

Oppgaven ble utført i perioden juni 2011 til mai 2012.

Først vil jeg takke min veileder for en veldig utfordrende og spennende oppgave. Din veiledning har vært til uvurderlig hjelp under hele oppgavetida, spesielt i intervjutiden og innspurtsfasen.

En stor takk går også til min kjære studentkollega, Rita Aslesen Hvalbye, som har samarbeidet med meg på denne oppgaven og som har støttet meg gjennom hele masterperioden. Vi har hatt mange gode diskusjoner og fått fordype oss i det store vide temaet legemiddeløkonomi. Også har vi fått mange gode minner fra intervjuperioden og en perfekt slutt på farmasistudiet. Ønsker deg masse lykke til med din del av oppgaven!

I tillegg vil jeg takke alle intervjupersoner jeg har fått lov til å intervju og bli kjent med. Det er jo deres svar som har bidratt til at jeg kunne utføre denne oppgaven og funnet de resultatene jeg har fått. Dere har også latt meg bli kjent med en del av helsevesenet som jeg ellers aldri ville opplevd.

En stor takk til familie, venner og samboer som har hjulpet meg i pilotfasen og blitt intervjuet av meg. Deres støtte har betydd mye for meg. Takk!

Oslo, 15. mai 2012

Eivind Kobbevik

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning, formål og problemstilling.....	1
2	Bakgrunn .....	3
2.1	Diskontering .....	4
2.1.1	Definisjon av diskontering.....	4
2.1.2	Diskonteringsteori .....	5
2.2	Personlige og samfunnsmessige prioriteringsreferanser .....	7
2.3	Tidligere studier gjort på tidsprefranse for helsegevinster .....	10
2.3.1	Personlige preferanser mot samfunnspreferanser.....	10
2.3.2	Generelle svakheter og styrker ved tidligere studier .....	17
2.3.3	Overførbarhet til reelle politiske prioriteringsbeslutninger .....	20
3	Data og metode .....	21
3.1	Innledning.....	21
3.2	Litteratursøk.....	21
3.3	Spørreskjema .....	21
3.3.1	Pilotstudie .....	21
3.3.2	Spørreskjemaets innhold.....	22
3.4	Utvalg .....	23
3.4.1	Helseetater og –organer hvor intervjuer er gjennomført .....	23
3.4.2	Rekruttering av studenter.....	23
3.4.3	Rekruttering av politikere og politiske rådgivere .....	24
3.4.4	Rekruttering av ansatte i helseforvaltning .....	25
3.5	Intervjuing .....	26
3.5.1	Søknader .....	26
3.5.2	Praktisk gjennomføring av intervjuer .....	26
3.6	Dataanalyse.....	27
3.6.1	Avlesning av spørreskjema.....	27
3.6.2	Beregning av diskonteringsrate .....	28
3.6.3	Statistiske analyser .....	28
4	Resultater .....	30
4.1	Kvantitative resultater.....	30
4.1.1	Generell fordeling av respondentene .....	30

4.1.2	Resultater og fordeling av svarene på spørsmålene i spørreskjemaet .....	30
4.1.3	Grupper etter grad av konsistens i støtte for lik prioritet.....	48
4.2	Kvalitative resultater/data.....	55
5	Diskusjon.....	60
5.1	Hovedfunn .....	60
5.2	Intern konsistens innenfor kvantitative resultat.....	61
5.3	Intern konsistens mellom kvantitative og kvalitative resultat .....	62
5.4	Resultater i forhold til tidligere studier.....	68
5.5	Tolkningstvil og svakheter .....	72
5.6	Svakheter/begrensninger med vår studie.....	74
6	Konklusjon.....	75
7	Litteraturliste .....	76
8	Appendiks.....	79
8.1	Tidligere studier gjort på tidspreferanse for helsegevinster og utvalgte eksempler på spørsmål fra disse .....	79
8.1.1	Studie 1 .....	79
8.1.2	Studie 2 .....	80
8.1.3	Studie 3 .....	82
8.1.4	Studie 4.....	88
8.1.5	Studie 5 .....	97
8.1.6	Studie 6 .....	100
8.1.7	Studie 7 .....	105
8.1.8	Studie 8 .....	108
8.1.9	Studie 9.....	113
8.1.10	Studie 10 .....	115
8.2	Kvalitative data/resultater.....	121
8.2.1	Spørsmål 1: .....	121
8.2.2	Spørsmål 2: .....	124
8.2.3	Spørsmål 3: .....	127
8.2.4	Spørsmål 4: .....	127
8.2.5	Spørsmål 5: .....	128
8.2.6	Spørsmål 6: .....	130
8.2.7	Spørsmål 7 og 8: .....	133

8.2.8	Spørsmål 9: .....	133
8.2.9	Spørsmål 10: .....	135
8.2.10	Spørsmål 11: .....	137
8.2.11	Spørsmål 12 og 13: .....	140
8.2.12	Spørsmål 14: .....	141
8.3	Pilotspørreskjema .....	143
8.4	Spørreskjema .....	148
Figur 3.1	Diskonteringsformel .....	28
Tabell 4.1	Fordeling av respondentene på kjønn, utdanning og alder (angitt i %, antall (n) i parentes).....	30
Tabell 4.2.	Spørsmål 1. Tidspreferanse for prioritering mellom to like tiltak for kronikere i nær framtid eller om noen år. ....	31
Tabell 4.3.	Spørsmål 2. Tidspreferanse for prioritering mellom to like tiltak (NånuX og DanuX) der gevinsten kommer på forskjellig tidspunkt. ....	32
Tabell 4.4.	Spørsmål 3. Betalingsvillighet for respondentene som valgte alternativ 1 (preferanse for NånuX).....	33
Tabell 4.5a.	Spørsmål 4. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved preferanse for NånuX. ....	34
Tabell 4.5b.	Spørsmål 4. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved alle preferanser sammenlagt (både preferanse for NånuX og preferanser for likestilling av NånuX og DanuX) ....	35
Tabell 4.6.	Spørsmål 5. Prioritering mellom behandling for 100 pasienter i gruppe A (NånuX) eller 120 pasienter i gruppe B (DanuX) innenfor et gitt budsjett. ....	36
Tabell 4.7.	Spørsmål 6. Tidspreferanse for prioritering mellom to like tiltak (Enil og Tonil) som forebygger dødsfall, der gevinsten kommer på forskjellig tidspunkt. ....	37
Tabell 4.8.	Spørsmål 7. Betalingsvillighet for respondentene som valgte alternativ 1 (preferanse for Enil).....	38
Tabell 4.9a.	Spørsmål 8. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved preferanse for Enil .....	39
Tabell 4.9b.	Spørsmål 8. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved alle preferanser sammenlagt (både preferanse for Enil og preferanser for likestilling av Enil og Tonil).....	40
Tabell 4.10.	Spørsmål 9. Prioritering mellom behandling for 100 pasienter i gruppe A (Enil) eller 120 pasienter i gruppe B (Tonil) innenfor et gitt budsjett. ....	41
Tabell 4.11.	Spørsmål 10. Tidspreferanse for prioritering mellom to like behandlinger med forskjell i varighet av effekten (hvor lenge gruppen får glede av helsegevinsten).....	42
Tabell 4.12.	Spørsmål 11. Tidspreferanse for prioritering mellom to like behandlinger med forskjell i varighet av effekten (hvor lenge gruppen får glede av helsegevinsten).....	43
Tabell 4.13.	Spørsmål 12. Betalingsvillighet for respondentene som valgte alternativ 1 (preferanse for sykdom A).....	44
Tabell 4.14a.	Spørsmål 13. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved preferanse for sykdom A.....	45

Tabell 4.14b. Spørsmål 13. Betalingsvillighet og diskonteringsrater for alle preferanser sammenlagt (både preferanse for sykdom A og preferanser for likestilling av sykdom A og B)	46
Tabell 4.15. Spørsmål 14. Prioritering mellom å behandle enten 100 pasienter med sykdom A eller 120 pasienter med sykdom B innenfor et gitt budsjett.	47
Tabell 4.16. Gruppering av gruppene etter grad av konsistens i støtte for lik prioritet.	48
Tabell 4.17. Fordeling av de som valgte lik prioritet på spørsmål 2 på grad av konsistens med øvrige svar.	49
Tabell 4.18. Fordeling av de som valgte lik prioritet på spørsmål 6 på grad av konsistens med øvrige svar.	50
Tabell 4.19. Fordeling av studenter (n=20) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.	51
Tabell 4.20. Fordeling av respondenter fra Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet (n= 13) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.	52
Tabell 4.21. Fordeling av respondenter fra forvaltningen (n= 20) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.	52
Tabell 4.22. Fordeling av respondenter fra forvaltningen som var økonomer (n= 6) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.	53
Tabell 4.23. Fordeling av respondenter fra forvaltningen som ikke var økonomer (n= 14) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.	53
Tabell 4.24. Fordeling av respondenter fra alle gruppene (n= 53) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.	54



# 1 Innledning, formål og problemstilling

Helseøkonomiske analyser har som formål å anslå hvor effektive og verdifulle ulike tiltak er i forhold til hva de koster. Resultater av analysene er blant annet ment å være en støtte når politikere og andre beslutningstakere skal prioritere mellom tiltak for ulike pasientgrupper.

En problemstilling i slike analyser er hvordan en skal se på helsegevinster som melder seg først en gang i framtida. Dette er aktuelt for legemidler som avverger framtidig sykdom og død. I helseøkonomiske analyser er det vanlig å tillegge framtidige gevinster mindre vekt (lavere verdi) jo lenger fram i tid de ligger. Tanken er at folk flest og beslutningstakere i helsevesenet er mest opptatt av de nære ting, det vil si det som skjer her og nå.

Forskere har studert hvor sterkt opptatt man er av det nære i forhold til det framtidige og har bygget dette inn i de helseøkonomiske modellene. Det trengs imidlertid mer data om dette, blant annet fordi mange opplever at de nåværende modellene på en uheldig måte nedvurderer forebyggende tiltak (med framtidige effekter) i forhold til kurative tiltak (med umiddelbare effekter).

Målet med denne oppgaven er å samle inn mer slike data om samfunnets avveininger mellom nåtid og framtid, og å studere "rene tidspreferanser", eller med andre ord hvor opptatt samfunnsmessige beslutningstakere er av det nære ("nærsyntheten").

Problemstillingen i denne studien er hvordan samfunnsmessige beslutningstakere vil prioritere når de blir stilt ovenfor to likeverdige behandlinger, der eneste forskjellen er tiden fra behandlingen blir satt i gang til innhenting av helsegevinstene. Dette er ikke tilfredsstillende dekket i tidligere studier, jfr. "Kap.2.3 Tidligere studier gjort på tidspreferanse for helsegevinster", "Appendiks 8.1", og "Kap.6. Diskusjon".

Varighet og avstand i tid er to forskjellige ting, som en ikke kan forvente kan dekkes av en og samme diskonteringsrate, slik det gjøres i konvensjonell kostnad-per-QALY-analyse (cost utility analysis, CUA). Derfor vil vi også finne ut hvordan de samme beslutningstakerne prioriterer når de blir stilt ovenfor to likeverdige behandlinger, der varigheten av behandlingen er eneste forskjell (helsegevinsten er større).

Vi var to studenter som delte på denne oppgaven og innsamlingen av data, men vi skrev hver vår masteroppgave rundt dette temaet. Forutsetningen var hele tiden å slå sammen våre tall mot slutten av masterperioden. Grunnet ulike årsaker, mistet jeg denne muligheten, noe som kunne gitt et mer overbevisende bilde av resultatdelen.



## 2 Bakgrunn

Det som er viktigst innenfor helseøkonomi er å få mest mulig helsenytt for befolkningen fra knappe ressurser. Økonomiske analyser brukes som hjelpemiddel når en skal prioritere mellom for eksempel ulike pasientgrupper som konkurrerer om disse knappe ressursene. Alle gode tiltak kan ikke finansieres, så derfor må samfunnet og beslutningstakerne prioritere innenfor et begrenset budsjett. Hensikten med helseøkonomiske analyser er å få vite hvor mye nytte ulike tiltak skaper for den enkelte pasientgruppe og samfunnet, og hvor mye tiltakene koster. Når slike helseøkonomiske analyser er gjort, vil en oftest velge de tiltakene som gir størst nytte i forhold til kostnadene [1].

Målsettingen til helsevesenet er å gi befolkningen flest mulig leveår og best mulig livskvalitet, og da opererer helsevesenet med såkalte QALYs, kvalitetsjusterte leveår, som gjør at de kan måle leveår og livskvalitet. Dette effektmålet kan være et mål for

1. mengde helse
2. individers nytte eller preferanse for en mengde helse

Et viktig poeng er at QALYs teller likt for alle, uavhengig av pasientenes personlige karakteristika som for eksempel alder, kjønn, rase, osv. QALYs brukes mer og mer innenfor helsepolitikken, og stadig flere land krever nå at søknader om offentlig finansiering av medikamenter må inneholde en legemiddeløkonomisk analyse, jfr. Statens legemiddelverks retningslinjer til refusjonssøknad [2, 6].

Leveår er en kvantitativ enhet, tiden går og år kan telles og man kan bruke vanlige regneregler. Helse er en kvalitativ enhet, som ofte bare måles på ordinalt nivå, det vil si, hvorvidt en bestemt helse er bedre enn, dårligere enn eller like god som en annen. Men det er ikke nok å være kostnadseffektiv, en må også være allokerings effektiv, altså at man produserer en kombinasjon av ulike typer helsetjenester som best samsvarer med retningslinjene for prioritering i helsevesenet [2, 3].

## **2.1 Diskontering**

### **2.1.1 Definisjon av diskontering**

Diskontering reflekterer en preferanse for nåtida. En diskonteringsrate blir brukt som en ”tidsvekt” for å devaluere eller tillegge framtiden lavere verdi. Desto sterkere preferansen for nåtida er, jo høyere ”tidsvekt” tillegger man nåtida som dermed betyr høyere diskontering for nåtida. Vanligvis vil en person foretrekke å motta en fordel i dag i stedet for i fremtiden og å pådra seg en kostnad på et senere tidspunkt enn før. Økonomer kaller disse tidspreferanser [10]. For eksempel er man mindre bekymret for det låneavdraget som forfaller om 15 år enn det som forfaller i morgen. På samme måte verdsettes helsegevinster lavere når de kommer en gang i fremtiden enn de som kommer i dag [8, 9].

De fleste verdsetter kostnader så vel som helsegevinster lavere dersom de kommer i fremtiden, og derfor nedjusterer man disse ved diskontering. Når man diskonterer, må man anvende rentesats, og i helseøkonomiske studier har det vært vanlig å bruke 3-5 % rente. Hvis man for eksempel bruker 4 % rente, innebærer det at 50 vunne leveår som kommer 20 år inn i fremtiden verdsettes til 22,8 år. Diskontering får altså helsetiltak som skal virke på lang sikt til å fremstå som mindre attraktive enn man i utgangspunktet kunne tenke seg [8].

## 2.1.2 Diskonteringsteori

Innenfor økonomien er det altså normalt å diskontere, der man tillegger framtidige kostnader og gevinster en stadig lavere verdi for hvert år fram i tid de inntreffer. Det er vanlig å diskontere med en fast årlig rate (eller rentesats). Begrunnelsene for diskontering er delt opp i to viktige punkter:

- ressursene som investeres i et tiltak vil alltid ha en alternativ anvendelse i andre prosjekter som gir avkastning
- konsumenter har positiv tidspreferanse som betyr at de heller vil ha goder nært i tid enn fjernt i tid.

Innenfor kostnad-effekt-analyser, der nytten eller effekten måles i helseenheter spiller diskontering en stor rolle. Diskontering kan påvirke kostnad-effekt-analysen betydelig og derfor ha stor praktisk betydning for prioriteringer mellom ulike typer helsetiltak.

Noen eksempler på hva diskontering betyr for fire ulike typer helsetiltak er:

- A) Kurative tiltak – med kortvarige effekter (0-3 år). Her betyr diskontering lite for hvilket resultat som kommer ut av kostnad-effekt-analysen.
- B) Kurative tiltak – der effekter strekker seg over lang tid (for eksempel 20 år). Her betyr diskontering mye siden nåverdien av 20 leveår blir redusert til 12,5 ”nåverdiår” ved 5 % årlig diskontering.
- C) Forebygging – der effekten melder seg en gang i framtida, for eksempel som et ekstra leveår om 20 år. Her betyr også diskontering mye siden det ekstra leveåret blir redusert til 0,38 ”nåverdiår” ved 5 % årlig diskontering.
- D) ”Vedlikeholdsbehandling” – der kostnader og effekter skjer simultant i faste forhold over lengre tid. Her betyr diskonteringsraten ingenting fordi kostnadsstrømmen diskonteres relativt sett like mye som strømmen av helseeffekter. Kostnad-effekt-brøken blir altså upåvirket.

For disse fire ulike tiltakene er det naturlig å tenke seg at kostnadene i all hovedsak melder seg første året [2].

Det er tre hovedprinsipper som ligger bak diskontering. Det første prinsippet er tidspreferanse. Det andre prinsippet gjelder fremtidig usikkerhet, at mulige forandringer i verdensbildet skaper usikkerhet rundt fremtiden til verdien av en vare eller returen til en investering. Det tredje prinsippet gjelder økonomisk vekst, at det gjennomsnittlige individ og samfunnet generelt, vil tilegne seg mer velstand og bli mer friske med tiden, slik at den marginale nytten til velstand og helse synker. I den grad fremtiden er diskontert i sammenligning til nåtiden er reflektert i selve diskonteringsraten. Dermed, hvis en person vurderer to enheter av en gode neste år tilsvarende en enhet i "nåtida", vil den personen diskontere med en høyere rate, enn hvis personen vurderer 1 1/4 enheter av en gode neste år tilsvarende en enhet nå [4].

Hovedsakelig så er det tre normative og forskjellige syn på hvordan helse bør bli diskontert:

1. Å bruke den samme raten som for andre varer i økonomien. Dette argumentet understreker at kapital som blir fordelt til helsevesenet har samme samfunnsmessige kostnader som for andre sektorer. Og for å være konsekvent med dette argumentet, burde helse ha samme intertemporale kriterier som andre varer.
2. Å bruke en null-rate eller en rate nært inntil null. Noen medisinske etikere hevder at verdien av et liv er den samme hvilket som helst tidspunkt det blir reddet på, og at en QALY bør ha samme verdi uansett om den er oppnådd i nåtida eller i framtida. I henhold til dette moralske prinsippet bør alle generasjoner bli tillagt samme vekt. Det vil tilsa at helse bør forbli udiskontert i økonomiske evalueringer.
3. En bør bruke den raten som best korresponderer med individenes preferanser. Men mange økonomer liker ikke helt individenes "utålmodighet" for sitt eget konsument. Fordi fremtidig nytelse ikke vil være lavere enn nåtidens nytelse, bør ikke samfunnet ta hensyn til individenes utålmodighet når en skal bestemme diskonteringsraten [11].

Innenfor helseøkonomianalyser er diskontering kontroversielt fordi det impliserer at fremtidige helsefordeler tillegges lavere samfunnsverdier enn nåværende helsefordeler.

Informasjon om individers tidspreferanser kan hjelpe oss til å forstå hvordan helse påvirker atferd og derfor være verdifulle med hensyn til utforming av politikk for å fremme helse.

## 2.2 Personlige og samfunnsmessige prioriteringsreferanser

Et viktig hensyn man må tenke på innenfor helseøkonomi er om den samme diskonteringsraten eller tidspreferanserater gjelder, eller burde gjelde, både offentlige og private ressurser ved tildelingsavgjørelser. Hvis de samme økonomiske prinsippene som gjelder for individuelle valg, også skal gjelde for samfunnet, vil samfunnet velge å bruke eller investere på mye av den samme måten, og ved de samme kriteriene som individene. Noen stiller spørsmål om individuelle diskonteringsrater burde være grunnlaget for den offentlige politikken. For eksempel har det vært diskutert at samfunnets behov og ønsker er mer konstant over tid enn individenes behov og ønsker. Konvensjonell økonomi har blitt kritisert for bare å vurdere kostnader og fordeler som viktige når de angår individene i ”nåtid” [4].

Olsen 1993 argumenterer for at det burde være en klar forskjell mellom ”egoistisk” tidspreferanse og ”politisk” tidspreferanse, slik at det blir en klar forskjell mellom de relative verdiene som individene har på fremtiden og verdiene som offentlige beslutningstakere innenfor politikken har på fremtiden [9]. Avgjørelsene som offentlige politiske beslutningstakere tar, er relevant over en lengre tid, og derfor må langtidsmessige og samfunnsmessige diskonteringsrater også involvere hensynet til mellomgenerasjonenes egenkapital [4].

Det diskuteres om folk flest og beslutningstakere i helsevesenet er mest opptatt av de nære ting og at de nåværende helseøkonomiske modellene på en uheldig måte nedvurderer forebyggende tiltak (med framtidige effekter) i forhold til kurative tiltak (med umiddelbare effekter).

Skillet mellom egen og andres helse (personlig og samfunnsmessig helse) er viktig fordi tidspreferanser som relaterer seg til personlig helse sannsynligvis er mer relevant når man skal forklare helsepåvirkende oppførsel, mens samfunnsmessige preferanser for helse er mer viktig når fokuset ligger på evaluering av offentlige finansierte helseprogram.

Personlig tidspreferanse refererer til individenes intertemporale preferanser for egen personlig velvære. Personlige tidspreferanserater er de mest riktige å vende seg til når man skal forklare personlig/individuell helsepåvirkende oppførsel.

På individnivå kan man si at de fleste har tidspreferanser som vil si at de ikke er likegyldig til hvilket tidspunkt framtidige hendelser skjer på. Det som ligger til grunn for dette er at individer ikke kan være sikre på at de vil være i live på hvilket som helst tidspunkt i fremtiden. Individer forventer det bedre, og som resultat av det legger de mindre vekt på videre økninger i deres helse og inntekt [13].

Innenfor personlige prioriteringspreferanser viser det seg at individer mener at samfunnet som helhet har en mer sikker fremtid enn individuelt for dem selv. Dette blir reflektert i deres valg av lavere diskonteringsrater for beslutninger som gjelder samfunnet og høyere diskonteringsrater for dem selv [9].

Siden individer kan ha forskjellig tidspreferanse for varer i en samfunnsmessig kontekst enn det som er avslørt i konteksten av privat forbruk, kan det være tilfellet at den impliserte raten for intertemporale valg mellom egen helse er forskjellig fra den impliserte raten for samfunnsmessige intertemporale helsevalg. Intertemporale preferanser betyr at en konsument kan velge å spare noe av inntekten dette året for å kunne øke konsumet neste år, og tilsvarende kan konsumenten låne penger for å øke konsumet i år, mot å redusere konsumet neste år, siden lånet skal betales tilbake. Flere studier tilsier at individer har synkende aversjon mot fjernhet, altså jo lengre inn i fremtida en fast tidsforskjell opptrer, jo mindre vekt legger de på denne tidsforskjellen. Som en konsekvens av dette har såkalte hyperbolske diskonteringsmodeller for helse blitt utviklet [10]. Hyperbolsk diskontering betyr at en legger ekstra vekt på det som skjer nåværende år (nåtida), mens perioder i framtiden blir vurdert mer og mer likt dess lengre unna de ligger [5].

Samfunnsmessige tidspreferanser refererer til individenes eller samfunnets preferanser for andres menneskers velvære. De hensiktsmessige preferansene innenfor samfunnsmessige beslutninger er mindre innlysende, selv om det meste av litteraturen tilsier at det er den samfunnsmessige diskonteringsraten som er mest hensiktsmessig til dette formålet [12]. For eksempel argumenterer Olsen 1993 for at tidspreferanser bør bli framprovosert i valgkontekster som er så nært som mulig opptil de virkelige valgkontekstene som helseplanleggere og beslutningstakere arbeider med. Siden prioritering mellom konkurrerende helseprogrammer er samfunnsmessige valg, er det de personlige preferanser for samfunnsmessige valg som er mest relevant [9].

Tre grunner kan bli nevnt når man skal utforske determinanter for tidspreferanser. Det første er å kontrollere for individuell/personlig heterogenitet. For det andre, hvis tidspreferanser for helse varierer systematisk på tvers av grupper i befolkningen, blir valget av diskonteringsrate et normativt valg som legger ulik vekt på preferansene til de forskjellige til de forskjellige gruppene i befolkningen [12].

## **2.3 Tidligere studier gjort på tidspreferanse for helsegevinster**

### **2.3.1 Personlige preferanser mot samfunnspreferanser**

For å kunne gi oppgaven størst mulig tyngde i teori og empirisk arbeid som har blitt gjort innenfor dette feltet, har jeg og min studentkollega, Rita Aslesen Hvalbye, som deler samme masteroppgave, gått gjennom et utvalg av relevante empiriske artikler. Siden det finnes en relativt stor mengde litteratur om empiriske undersøkelser som har blitt gjort, har vi begrenset gjennomgangen ned til ti artikler på hver av oss. Vi gjorde et metasøk på internett med stikkordene: "time preferences for health", "social", "discounting" og "health benefits". Artiklene som ble valgt ut representerer en del av forskningen som har blitt gjort innenfor dette feltet, og artiklene har også vært til stor hjelp i utformingen av spørreskjemaet og de konkrete spørsmål som brukes til intervjudelen.

Tidligere empiriske studier/undersøkelser mangler skillet mellom personlige preferanser og samfunnsmessige prioriteringspreferanser. Dette skillet mellom personlig og samfunnsmessig helse er viktig, fordi tidspreferanser som relaterer seg til personlig helse sannsynligvis er mer relevant når man skal forklare helsepåvirkende oppførsel, mens samfunnsmessige preferanser for helse er mer viktig når fokuset ligger på evaluering av offentlige finansierte helseprogram. Flere tidligere studier som vi går gjennom i dette kapitlet og i diskusjonen, har fremkalt tidspreferanser for personlig og/eller samfunnsmessig helse. Studier som relaterer seg til å redde statistiske liv henviser seg til samfunnsmessig helse, mens studier som generelt har spørsmål som gjelder ikke-dødelige endringer i helse henviser seg til personlig helse.



I studien til Cairns og van der Pol 1997 undersøkte de den tradisjonelle modellen for tidspreferanser som var preget av konstant aversjon mot fjernhet i tid. Forskerne mente at data som var tilgjengelig tyder på at den tradisjonelle modellen for tidspreferanser ikke er en hensiktsmessig forutsetning. I studien undersøkte de holdepunkter for konstant og avtagende aversjon mot fjernhet i tid med hensyn til livreddende tiltak, og de vurderte tre diskonteringsmodeller; den konstante diskonteringsmodellen, den proporsjonale diskonteringsmodellen og den hyperbolske diskonteringsmodellen. Data samlet inn fra allmennheten ble brukt til å teste den konstante modellen med aversjon mot fjernhet. I studien ble 473 mennesker valgt fra befolkningen i Aberdeen, som fikk et spørreskjema i posten. Spørreskjemaet inkluderte seks intertemporale valg: to livreddende, to private økonomiske valg og to samfunnsmessige økonomiske valg.

Funnene til forskerne viste sterke holdepunkter for den synkende aversjonen mot fjernhet og sterke holdepunkter mot den konstante hypotesen ved aversjon mot fjernhet. Den implisitte diskonteringsrate er en funksjon av de faste forskjeller i tidspunktet for to fordeler, og hvor langt fram i fremtiden disse fordelene oppstår. Forskerne konkluderte med at det er betydelige holdepunkter for synkende aversjon mot fjernhet. Disse funnene ble funnet for både private og samfunnsøkonomiske valg [15]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.1, studie 1.

I en annen studie, gjort av Cropper et al. 1991, ble enkeltpersoner konfrontert med valg mellom hypotetiske livreddende programmer. Denne undersøkelsen omhandlet individers marginale rater ved substitusjon mellom liv reddet på ulike tidspunkter i fremtiden. Målet deres var å innhente samfunnsmessige tidspreferanser hos respondentene ved valg mellom livreddende programmer over ulike tidshorisonter.

Forskerne satte i sin konklusjon søkelyset på valget mellom livreddende programmer over lengre tidshorisonter. Da de vurderte resultatene, så de at over slike lange tidshorisonter var en betydelig andel av respondentene uvillige til å velge hvilket som helst fremtidsrettet program, først og fremst fordi de følte at i framtiden ville samfunnet finne en måte å redde mennesker på uansett. Resultatene de fikk, som forutsatte konstant eksponentiell diskontering, viste at gjennomsnittlig diskonteringsrate var 6,5 %, 5,3 % og 2,7 %, henholdsvis for tidshorisonter på 25, 50 og 100 år [16]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.2, studie 2.

Brouwer og van Exel 2004 prøvde i en annen studie å fremlegge en preliminær test for å relatere diskonteringsrate til vekstrate, som de mener er en viktig vei mot å finne ordentlige diskonteringsrater for kostnader og effekter. I studien ble det brukt et ulikt antall sett av helseforebyggende programmer som skulle teste studenter som i framtiden kom til å avgjøre diskonteringsavgjørelser innenfor helsevesenet. Forskerne ville teste om studentene var følgeriktige i deres preferanser mellom nåværende og framtidige kostnader, og innenfor nåværende og framtidige helseeffekter til bruk i økonomiske avgjørelser. Målet deres var å innhente tidspreferanser hos respondentene for helse og penger i fem kombinasjoner av livreddende program. I studien undersøkte de også konsistensen blant valg gjort mellom ulike helseprogram, liknende de helseprogram brukt av Weinstein og Stason [14], for å illustrere deres konsistensargument. Resultatene for denne konsistensundersøkelsen viste at respondentene ikke fulgte denne konsistensteorien. Svarene deres var dermed inkonsistente. Dette impliserer ikke at konsistensargumentet er ukorrekt, siden det er et teoretisk argument som ikke kan bli forkastet av en empirisk analyse.

Resultatene til selve studien viste at bare et mindretall av respondentene brukte samme diskonteringssats for kostnader og effekter, selv når de ble bedt om å svare som en framtidig beslutningstaker på vegne av samfunnet. Noen respondenter avslørte en veldig sterk tidspreferanse, noe som kan bli vurdert som uønsket og urettferdig fra et samfunnsmessig perspektiv. Respondentene så ut til å relatere deres forventninger om framtidig levealder til sin relative verdsettelse av framtidige effekter. Dette indikerte at en trenger bedre undersøkelser for tidspreferanser hos individuelle respondenter [17]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.3, studie 3.

I en annen studie, gjort av West et al. 2003 undersøkte forskerne:

- om det var avvik mellom implisitte diskonteringsrater fra perspektivet til individuelle og samfunnet.
- om implisitte diskonteringsrater innenfor helse skilte seg fra de implisitt i valgene som involverte finans eller "varer".
- empiriske estimater av diskonteringsraten implisert av valg gjort av individene for dem selv sammenlignet med valg gjort for samfunnet.
- empiriske estimater av diskonteringsraten implisert av valg som involverte helse sammenlignet med de som involverte "penger" ("monetære").

Subjektene de brukte til studien var et utvalg av befolkningen og profesjonelle helsearbeidere i Wales. Metoden de brukte var hjemmeintervju og intervju på jobben hos helsearbeiderne. Målet deres var å innhente tidspreferanser hos respondentene innenfor fire felt: personlig preferanse for egen økonomi, personlig preferanse for egen helse, personlig preferanse for andres økonomi og personlig preferanse for andres helse.

Forskerne fant et bredt spekter av implisitte diskonteringsrater, med små systematiske effekter av alder, kjønn, utdanningsnivå eller langvarig sykdom. I begge prøvene fant forskerne bevis for at folk valgte en lavere diskonteringsrate i sammenligninger gjort på vegne av samfunnet enn i sammenligninger gjort på vegne av seg selv. Både offentlige og profesjonelle helseutøvere hadde en tendens til å velge lavere diskonteringsrater i helserelaterte sammenligninger enn i økonomirelaterte sammenligninger. Resultatene de fikk viste at median diskonteringsrate ved personlig preferanse for andre helse var 0-2,4 % for begge gruppene, mens personlig preferanse for egen helse var 0-7,7 % for begge gruppene. Forskerne konkluderte med at disse resultatene var statistisk signifikante [4]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.4, studie 4.

Robberstad 2005 ville i en annen studie estimere tidspreferanser for helse i Tanzania. Ingen empiriske data på tidspreferanser for helse var tilgjengelig i Sør-Sahara, Afrika, før denne studien. Studien utforsket forholdet mellom tidspreferanser for personlig helse og for andres helse. Bestemmelser for tidspreferanser ble også utforsket. Utvalget var husholdninger i nordre del av Tanzania. I den private konteksten ble respondentene bedt om å forestille seg å være i en gitt sykdomstilstand, mens i den samfunnsmessige konteksten ble respondentene bedt om å forestille seg at noen andre i landsbyen ble utsatt for denne sykdomstilstanden.

Robberstad fikk resultater som viste at gjennomsnittlig og median diskonteringsrate henholdsvis var 0,07 og 0,058. Tidspreferanser for personlig helse og for andres helse (samfunnsmessig helse) så ut til å være grovt likt i denne gruppen, men folk så ut til å diskontere den mest alvorlige tilstanden ved en signifikant lavere rate enn den minst alvorlige tilstanden. Dermed så Robberstad på om det var noen forskjell mellom personlige og samfunnsmessige diskonteringsrater for helse. Ut i fra tallene, som var gjennomsnittlig verdier på henholdsvis 0,071 og 0,068, så det ut som om samfunnsmessige og private tidspreferanser var omtrentlig det samme i disse populasjonene. Selv om resultatene ga disse verdiene, kan ikke en direkte overførbarhet til andre land anbefales fordi de afrikanske settingene var begrenset. Flere studier av tidspreferanser i u-land med en rang av metodologi og helsesituasjoner trengs [12]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.5, studie 5.

I en annen studie undersøkte Lazaro et al. 2001 forholdet mellom individuell tidspreferanse for helse og penger. Med dette som formål, ble det testet om enkeltpersoner diskonterte sin egen helse ved samme rate som sine egne penger, og på samme måte, om de diskonterte samfunnsmessig helse på samme vilkår som samfunnsmessige penger. Det andre aspektet forfatterne ville undersøke var hvordan private rater og samfunnsmessige rater utartet seg i hver av domene helse og penger. Studieutvalget forfatterne brukte til undersøkelsen var jusstudenter ved universitetet i Zaragoza, Spania.

Forskerne oppnådde totalt 1580 tidspreferanserater. Resultatene de fikk viste at median gjennomsnittlig diskonteringsrate var fra 22,5-14,9 % ved personlig preferanse for egen helse på en tidshorisont fra henholdsvis 2-15 år, mens median gjennomsnittlig diskonteringsrate var fra 20,4-19,9 % ved personlig preferanse for andres helse ved samme tidshorisont. De fikk en lav frekvens av negative rater, bare 10 observasjoner. I 23 % av svarene ville subjektene velge deres egne verdier i stedet for de som ble tilbydd (4 % private penger, 1 % sosiale penger, 10

% privat helse, 8 % sosial helse). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom distribusjonen på umiddelbar fordel og de med en forsinkelse på ett år. Gjennomsnittlig tidspreferanserate var høyere for helse enn for penger. Dette gjaldt både for privat og samfunnsmessige valg, og gjaldt både de kortsiktige og langtidssiktige. Alle disse forskjellene var høyst signifikante. Resultatet viser at studentene ikke anga samme rate i valgene deres for helse og for penger. Forfatterne konkluderte også med at innenfor det monetære domenet hadde individene gjennomsnittlig høyere diskonteringsrate ved sine private valg, og dette gjaldt både på lang sikt og kort sikt [18]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.6, studie 6.

I økonomiske vurderinger av framtidig helse- og pengepolitikk blir utfallene vanligvis diskontert med like og konstante rater. Det teoretiske grunnlaget for denne praksisen er omdiskutert, og man søker etter mer hensiktsmessige diskonteringsrater for kostnader og helseeffekter. Av den grunn utførte Meerding et al. 2010 en empirisk studie for å fastslå samfunnsmessig tidspreferanse for helse og penger. Ved hjelp av et valgekspériment undersøkte forfatterne samfunnsmessige diskonteringsrater for helse, penger, og miljøgevinster. Utvalget var profesjonelle helsearbeidere og beslutningstakere innenfor helse.

Resultatene viste at minst to tredjedeler av de spurte foretrakk en intervensjon med umiddelbare fordeler mot forsinkete fordeler i de ulike domenene. Medianen (og gjennomsnittet) i den årlige diskonteringsraten for helsegevinster var henholdsvis 2,7 % (10,7 %), 1,3 % (3,5 %), og 1,1 % (2,3 %) forutsatt en 5, 10 og 40 års forsinkelse. Den samfunnsmessige tidspreferanse for monetære fordeler var betydelig sterkere, med median (og gjennomsnittlig) årlig diskonteringsrate på henholdsvis 6,6 %, (18,7 %) og 4,8 % (11,2 %) forutsatt en 5 og 10 års forsinkelse. Forskerne konkluderte med at den empiriske innhentede samfunnsmessige tidspreferansen er i tråd med dagens teoretiske argumenter som tilsier en lavere diskonteringsrate for helsegevinster enn for monetære gevinster. I tillegg var den implisitte mediane diskonteringsrate for helse lavere enn den som vanligvis brukes eller er anbefalt i retningslinjene [7]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.7, studie 7.

I en annen studie gjort av Cairns og van der Pol 2000 hadde forskerne flere ulike mål når de undersøke diskontering og tidspreferanser i et utvalg av den generelle befolkningen i Storbritannia:

1. Utlede implisitte diskonteringsrater for fremtidige helsemessige fordeler.

2. Fastslå om individuelle intertemporale preferanser med hensyn til egen helse avvek fra dem med hensyn til helse av andre.
3. Undersøke effekten av ulike måter man kunne stille spørsmål om tilsynelatende intertemporale preferanser. Spesielt sammenlignet forskerne lukkede og åpne slutt-metoder.
4. Fastslå om enkeltpersoner verdsatte framtidens helsemessige fordeler på linje med de tradisjonelle diskonterings-nyttmodellene og undersøke hvor godt de hyperbolske diskonteringsmodellene forklarte individuelle svar.

Forskerne fikk som resultat at den implisitte diskonteringsrate (median) var 6,1 % for egen helse og 6,2 % for andres helse ved bruk av matching-metode (åpen-slutt-metode). I det diskrete valgekspperimentet var den implisitte diskonteringsrate (median) 5,0 %, 4,6 %, 3,8 % (henholdsvis for 5, 8 og 13-års forsinkelse) for egen helse, og 6,4 %, 5,7 %, 3,8 % for andres helse. Resultatene tydet på at den implisitte diskonteringsraten for egen og andres helse stort sett var den samme. Det var noen forskjeller, men likhetene var mer slående, mest sannsynlig på grunn av matching-metoden. De implisitte diskonteringsrater og fordelingen til denne var svært lik for matching-metoden og i det diskrete valgekspperimentet. Det diskrete valgekspperimentet hadde en høyere svarprosent og respondenter mente at de diskrete valgsprøsmålene var lettere å svare på. Resultatene til forskerne ga holdepunkter mot å bruke diskontert nytte-modell [13]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.8, studie 8.

En annen studie som undersøkte individuelle intertemporale preferanser for helse var studien gjort av Bleichrodt og Johannesson 2001. Den konstante diskonteringsrate nytte-modell ble sammenliknet med to konkurrerende teorier; den proporsjonale diskonteringsmodell og den hyperbolske diskonteringsmodell. Studien skilte seg videre ved at forskerne brukte valgmuligheter for å lokke fram intertemporale preferanser, og studien ga en ny og mer robust test av den deskriptive validiteten til den konstante diskonteringsrate.

I studien ble resultatet som forskerne forventet, at rekkefølgen av helsetilstandene ble: fullgod helse > milde ryggsmarter > alvorlige ryggsmarter, for alle subjektene. Den gjennomsnittlige rangeringen av milde og alvorlige ryggsmarter var henholdsvis 83 og 65 (vurderingen av fullgod helse var lik 100 på skalaen) [19]. For nærmere detaljer om resultater i denne studien, se appendiks 8.1.9, studie 9.

I den siste studien vi undersøkte ville Chapman 2002 teste domeneuavhengigheten funnet i tidligere studier. Mer spesifikt ville forskeren finne ut om beslutningstakere innenfor helsevesenet var sensitive til det grunnleggende prinsippet som ligger i argumentet om at man skal bruke den samme diskonteringsraten for helse og penger. Dette argumentet bærer en viktig antagelse om at helse og penger er byttbare. Målet var å finne personlig preferanser ved bytte av helse mot penger.

I resultatene viste eksperiment 1 at korrelasjonen mellom helse og pengers diskonteringsrater var påvirket av byttbarheten. Hvis helse ikke var byttbar med penger, var det liten korrelasjon mellom diskonteringsratene i de to domenene. Derimot viste det seg at hvis helse var byttbar med penger, var det et moderat nivå av korrelasjon mellom de to diskonteringsratene. Eksperiment 2 kopierte hovedeffekten av eksperiment 1 ved at byttbarheten forbedret korrelasjonen mellom diskonteringsraten for helse og penger. Korrelasjonen var ikke påvirket verken av at beslutningstakerne tok et individuelt perspektiv eller et samfunnsmessig perspektiv (beslutninger på vegne av andre). Korrelasjonene antydte som antatt at effekten av byttbarheten var større for den individuelle perspektivtilstanden mens de andre to målingene av korrelasjon ikke viste dette mønsteret [20]. For nærmere detaljer om studien, se appendiks 8.1.10, studie 10.

### **2.3.2 Generelle svakheter og styrker ved tidligere studier**

I dette avsnittet kommenteres seks av de ti tidligere studiene vi har gjennomgått, men disse blir ikke kommentert nærmere enn i dette kapitlet. De resterende fire studiene til West et al. 2003, Lazaro et al. 2001, Meerding et al. 2010 og Cairns og van der Pol 2000, blir gjennomgått nærmere i diskusjonsdelen.

I studien til Cairns og van der Pol 1997 fikk respondentene ikke noe mer informasjon enn selve spørsmålene som ble stilt, og de var i tillegg dårlige og vanskelig formulert. Det er lite hensiktsmessig i denne studien å sammenlikne liv med penger, noe som er altfor ”diffust” og uetisk, og det overskygger tidspreferansen. Et positivt aspekt ved studien er at subjektene fikk mulighet til å forklare hvorfor de valgte som de gjorde.

I studien til Cropper et al. 1991 er spørsmålene satt veldig langt fram i tid, noe som gjør det vanskelig for subjektene å sette seg inn i situasjonen, og noen subjekter kan mene at det er såpass langt fram i tid at helseteknologien har kommet med en ny livreddende medisin på

markedet innen da. Dette gjør resultatene lite valide fordi denne muligheten i medisinske fremskritt ikke vil fremkalle rene tidspreferanser hos subjektene. Livredding spiller også inn i vurderingen av denne studien. En vil heller redde 50 liv nå enn i framtiden. Livredding er en lite egnet måleenhet fordi det blir altfor surrealistisk å tenke seg uten mer informasjon enn det de oppgir i studien. Studien ble utført per telefonintervju, noe som kan være negativt siden subjektene muligens kan svare fort og ”slurvete” på spørsmålene bare for å bli ferdig raskest mulig med intervjuet (hvis de for eksempel blir oppringt mens de er opptatt med noe annet viktig). De får dermed mindre tid til å tenke seg om, enn hvis man satt og gjorde personlig intervju med spørreskjema og gjorde skriftlige notater. Et positivt aspekt ved studien er at via telefonintervju får man være anonym, og man kan si sin mening uten at intervjueren kan påvirke subjektet på noen som helst måte.

I studien til Brouwer og van Exel 2004 får respondentene oppgitt svaralternativer i de ulike programmene som ligger 40 år fram i tid. For mange av subjektene er dette vanskelig å se for seg, siden de er unge studenter som så vidt har levd halvparten av de førti årene. Det blir altså et veldig hypotetisk scenario for dem å svare på. I studien hadde det også vært mulig og hatt en vurdering fra subjektene side hvis de velger alternativet ”Ville aldri foretrukket program B”, for å se hva de begrunner dette valget med. Noe annet som er problematisk med denne studien er at man kan risikere at subjektene går tilbake i spørreskjemaet og endrer på svarene sine når de har kommet til spørsmål 3, siden de ser at det til slutt bunner ut i å gjelde nyfødte. Subjektene føler kanskje da at de må følge etiske normer og verdier som gjelder nyfødte. Spørsmål 3 kan i tillegg oppfattes som ledende siden de fleste ville foretrekke å hjelpe en nyfødt framfor en eldre person. Her burde det vært samme gruppe som ble spurt og ”likestilt”, det hadde gitt mer valide data.

I studien til Robberstad 2005 ble subjektene bedt om å sammenligne tilstanden de ble spurt om med malaria. Da får subjektene mulighet til å sette seg inn i tilstanden og reflektere før de svarer på spørsmålene. Andre positive aspekter ved studien er at subjektene ikke tenker over mulig behandling som kan være et alternativ i fremtiden fordi de lever i et U-land der slikt som oftest ikke er et alternativ, derfor blir svarene mer realistiske og gir mer valide data. Negative aspekter ved studien er at resultatene vanskelig lar seg overføre til andre land (dette gjelder for det meste i-land). I tillegg er det negativt at man kan få språkproblemer hvis man må bruke tolk. Hvis spørreskjemaet er oversatt til deres eget språk, hjelper det lite hvis mange av subjektene er analfabeter, som en stor del er i u-landene. Samfunnet som subjektene lever i



er også ganske lite, så det spiller nesten ingen rolle hvem de spør om preferanse for i spørsmålene, fordi subjektene likestiller mest sannsynlig samfunn og individ som en helhet.

I studien til Bleichrodt og Johannesson 2001 ble det gjort en pilotøkt før selve studien ble påbegynt, noe som kunne avklare feil og mangler ved spørsmålene. Subjektene ble også bedt om å rangere de ulike helsetilstandene slik at de fikk en innsikt i styrken på preferansen av en helsetilstand over en annen. Det er positivt at de i studien hadde med bildegrafer av de ulike alternativene, noe som gjør det lettere begrepsmessig for subjektene å velge mellom de ulike alternativene. Spørsmålene er i tillegg enkle og forståelsesfulle, noe som gjør det lettere for subjektene å ta et valg.

I studien til Chapman 2002 fikk ikke subjektene satt seg inn i hvordan migrenehodepine ”oppleves/utarter seg” for de som lider av det, og derfor kan det være veldig individuelt for subjektene for hvordan de opplever denne tilstanden og dermed hvordan de svarer på alternativene som blir oppgitt. For eksempel kan noen av subjektene kjenne noen som har/lider av migrene, men har det helt fint ellers i hverdagen. Andre subjekter derimot kan kjenne til noen som lider mye mer av denne sykdommen.

Et annet negativt aspekt ved denne studien er hvordan man ser på forsikring. I Norge spiller ikke helseforsikring like stor rolle som i USA, fordi alle pasienter i Norge får automatisk gratis helsehjelp hvis de trenger det, mens i USA må man nødt å betale store summer hvis man ikke er forsikret. Det gjør at man i Norge kanskje ser litt annerledes på forsikringsspørsmål enn i USA. Selve spørsmålene kunne i tillegg vært stilt på en bedre og enklere måte. Selve spørreskjemaet med de ulike scenarioene var noe urealistisk med hensyn på legemiddelteknologien, siden subjektene kan tenke seg at om 3 år har man muligens klart å finne opp en ny og bedre medisin mot migrenehodepine. Det som er positivt med studien er at den stiller åpne spørsmål og den bruker 3 år i spørreskjemaet, noe som gir subjektene rom for å tenke seg selv og andre i et realistisk tidsperspektiv.

### **2.3.3 Overførbarhet til reelle politiske prioriteringsbeslutninger**

Et relevant punkt når man vurderer empiriske studier som har blitt gjort på diskontering og tidspreferanser er at man må spørre seg om hvordan resultatene lar seg overføre til reelle politiske prioriteringsbeslutninger. Man kan stille seg spørsmål om et individ er i stand til å dømme sin egen velferd og i så tilfelle om individet er villig til å akseptere denne evnen. I beslutningsavgjørelser innenfor helse har ofte konsumenten en ulempe med hensyn til den informasjonen som trengs for å kunne ta slike beslutninger. Økonomisk teori innebærer en nødvendighet om at man trenger god informasjon for at markedet skal fungere effektivt, men det har blitt stilt spørsmål om pasienter har tilstrekkelig informasjon om helsetilstander, behandlinger, effektivitet og kostnader til å ta fornuftige avgjørelser. Det har også blitt foreslått at verdier uttrykt av pasienter ikke nødvendigvis er stabile og representative for deres sanne preferanser. I forventningen på en hendelse som skal skje kan verdiene være forskjellig fra verdiene som opptrer når den faktiske hendelsen skjer. Om det gjennomsnittlige individ, som har liten eller ingen erfaring i det hele tatt med å ta beslutninger innenfor helsevesenet, er kapabel til å ta beslutninger innenfor helse med hensyn til utfall på vegne av andre, er tvilsomt og kan diskuteres. Spesielt er det tvilsomt siden pasienter kan velge å delegere bort ansvar til en hensiktsmessig informert profesjonell helsearbeider. Dette antyder at beslutninger innenfor helsevesenet og derav ansvaret bør bli overlatt til ekspertene [4]. Men, det trengs imidlertid mer data om dette, blant annet fordi mange opplever at de nåværende modellene på en uheldig måte nedvurderer forebyggende tiltak (med framtidige effekter) i forhold til kurative tiltak (med umiddelbare effekter).

## **3 Data og metode**

### **3.1 Innledning**

Denne masteroppgaven ble påbegynt våren 2011 med blant annet litteratursøk og undersøkelser av tidligere og liknende spørreundersøkelser som skulle legge bakgrunnen for hvordan spørreskjemaet skulle utformes. Dette spørreskjemaet skulle brukes til pilotstudien som måtte utføres før sommeren. Etter sommeren måtte spørreskjemaet være ferdig slik at intervjuene av respondentene til oppgaven kunne starte.

### **3.2 Litteratursøk**

Denne delen er beskrevet tidligere i kapittel 2.3 “Tidligere studier gjort på tidspreferanse for helsegevinster”.

### **3.3 Spørreskjema**

#### **3.3.1 Pilotstudie**

Etter gjennomgangen av artiklene laget veileder et utkast til spørreskjema (se pilotspørreskjema, Appendiks 8.3). Dette spørreskjemaet brukte vi til å intervju et bekvemmelighetsutvalg av befolkningen, nærmere sagt studenter ved Farmasøytisk institutt, venner og familie. I hver av de to pilotstudiene intervjuet jeg og min studentkollega 14 personer hver, 28 personer totalt. Intervjuene ble utført både ved personlig intervju og via e-post. Resultatene fra de to pilotstudiene ga viktige tanker og kommentarer fra subjektene som hovedsakelig førte til at vi sammen med veileder justerte spørreskjemaet på enkelte punkter.

### **3.3.2 Spørreskjemaets innhold**

For å kunne studere rene tidspreferanser hos samfunnsmessige beslutningstakere ble spørreskjemaet delt opp i tre deler. For å unngå at respondentene blir ledet rett til de kvantitative målingene/spørsmålene, har første del (scenario én) av spørreskjemaet en generell problemstilling om hvorvidt to like tiltak på forskjellige tidspunkter skal ha samme eller ulik prioritet. Dette innledningsspørsmålet har den betydningen at respondentene får anledning til å gjøre seg opp en mening om hvilke argumenter som er relevante og hvilke momenter de selv mener er riktig å vektlegge.

I del én (scenario én) av spørreskjemaet blir respondentene stilt spørsmål om hvilken behandling de vil velge for to kronikergrupper, der forskjellen er at gevinsten kommer tidligere for den ene gruppen enn for den andre gruppen.

I del to (scenario to) av spørreskjemaet blir respondentene stilt samme spørsmål, men forskjellen her er at tiltakene ikke gjelder kronikergrupper, men grupper som har risiko for brå død. Både del én og to av spørreskjemaet gjelder prioritering mellom like tiltak der gevinsten kommer til ulik tid. Men det er viktig å understreke at både del én og to gjelder forebyggende behandling, og respondentene skal se bort i fra muligheten for at det kommer noe bedre legemiddel senere (noe som i tilfelle ikke hadde gitt uttrykk for respondentenes tidspreferanse).

I del tre (scenario tre) av spørreskjemaet gjelder det også forebyggende behandling, men her dreier spørsmålene seg ikke om når helsegevinsten kommer, men om hvor lenge man får glede av den, der respondentene må prioritere mellom like tiltak med ulik effektvarighet. Som i scenario én får respondentene også her en liten innledning der de blir introdusert for en generell problemstilling, noe som gir dem anledning til å gjøre seg opp en mening om hvilke argumenter som er relevante og hvilke momenter de selv mener det er riktig å vektlegge. Dette gir svar med større validitet.

Utfallene i de tre programmene blir beskrevet som like sikre. Respondentene skal angi hvor mye det offentlige bør være villige til å betale for det programmet som gir gevinster tidligere (scenario én og to), og hvor mye det offentlige bør være villige til å betale for det programmet som gir større helsegevinst (scenario tre).

På slutten av hver del av spørreskjemaet fikk respondentene et enkelt person-trade-off (PTO) spørsmål som en test på rimeligheten av betalingsvillighetssvaret. Det ultimate hadde vært å kunne bestemme det nøyaktige ekvivalenstallet, men det krever flere og mer inngående spørsmål som vi ikke hadde mulighet og tid til i denne masteroppgaven.

For spørreskjemaet i sin helhet, se appendiks 8.4.

## **3.4 Utvalg**

### **3.4.1 Helseetater og –organer hvor intervjuer er gjennomført**

For å få et representativt utvalg av samfunnsmessige beslutningstakere som vi skulle intervjuer innenfor helsevesenet valgte vi ut fire ulike helseetater og -organer som mål for meningsmålingen;

- seksjon for legemiddeløkonomi ved Statens Legemiddelverk,
- Stortingets Helse- og omsorgskomite,
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten
- Divisjon Helseøkonomi og finansiering i Helsedirektoratet

### **3.4.2 Rekruttering av studenter**

I tillegg til de fire ulike helseetatene og -organene, valgte vi et utvalg av studenter ved Universitetet i Oslo som vi skulle intervjuer. For å få et best mulig utvalg av studenter gikk vi rundt på universitetets campus og intervjuet tilfeldig de som ville delta når vi spurte. Totalt intervjuet vi 40 studenter, 20 studenter på hver av oss.

### **3.4.3 Rekruttering av politikere og politiske rådgivere**

Rekruttering av politikere og politiske rådgivere, henholdsvis Stortingets Helse- og omsorgskomiteé og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, ble i gang satt sensommeren 2011. Stortingets Helse- og omsorgskomiteé er en av tolv komiteer på Stortinget og har 15 medlemmer i perioden 2009-2013. Komiteens arbeidsområder er helsetjenester, pleie- og omsorgstjenester, folkehelsearbeid, rusmiddelpolitikk og legemidler. Av totalt 15 medlemmer fikk vi avtalt intervju med 9 stykker som ville delta i intervjuundersøkelsen, en svarprosent på 60 %. Fordelingen her ble at jeg intervjuet 4 medlemmer mens min studentkollega intervjuet 5 medlemmer. De resterende medlemmene måtte takke nei på grunn av stramt tidsskjema og andre årsaker. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten består av 27 medlemmer (per august 2011) fra hele helsetjenesten, og skal komme med vurderinger og anbefalinger i kvalitets- og prioriteringsspørsmål. Rådet skal årlig avgi rapport om sin virksomhet til Helse- og omsorgsdepartementet.

Vår veileder hadde kontaktpersoner i begge utvalgene som ga klarsignal for at vi kunne utføre denne intervjuundersøkelsen og at vi kunne ta personlig kontakt med alle medlemmene i begge utvalgene. Vi utformet et invitasjonsbrev til disse to utvalgene hvor vi skrev litt om bakgrunnen for meningsmålingen, hva vi ville finne ut med undersøkelsen og at deres personlige meninger og bidrag til undersøkelsen var veldig viktig for resultatet. Det ble også klargjort at spørreundersøkelsen var anonym. Invitasjonen ble sendt per post til deres respektive jobbadresser og vi informerte om at vi ville ta kontakt per telefon etter et par uker for å avtale tidspunkt for utføring av personlig intervju blant de som ville delta.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har medlemmer som er bosatt og jobber rundt omkring hele landet, derfor fokuserte vi på de som jobber og er bosatt i Oslo-området på grunn av tidsbegrensninger og økonomiske begrensninger. Vi valgte å fordele begge utvalgene omtrentlig likt på hver av oss slik at vi kunne anpasse intervjuene til våre egne timeplaner, og yte mest mulig fleksibilitet til de som vi skulle intervju, slik at så mange som mulig fikk muligheten til å delta blant de som ville være med i intervjuundersøkelsen. Av totalt 27 medlemmer deltok 16 personer i vår intervjuundersøkelse, som er en svarprosent på 59,3 %. Fordelingen her ble at jeg intervjuet 9 medlemmer mens min studentkollega

intervjuet 7 medlemmer. De resterende medlemmene måtte vi ekskludere på grunn av geografiske forhold og et stramt tidsskjema.

#### **3.4.4 Rekruttering av ansatte i helseforvaltning**

Rekruttering av ansatte i helseforvaltning, henholdsvis seksjon for legemiddeløkonomi ved Statens Legemiddelverk og divisjon Helseøkonomi og finansiering i Helsedirektoratet, ble også igangsatt sensommeren 2011. Avdeling for legemiddeløkonomi ved Statens Legemiddelverk er ansvarlig for blant annet legemiddeløkonomiske analyser og vurdering i forbindelse med søknad om refusjon. I dette utvalget ble til sammen 24 ansatte kontaktet. Av disse ville 21 ansatt være med i vår intervjuundersøkelse, som er en svarprosent på 87,5 %. Fordelingen av dette utvalget ble at jeg og min studentkollega begge intervjuet 11 ansatte. De resterende 2 ansatte ble ikke med på intervjuundersøkelsen av ulike årsaker. Divisjon Helseøkonomi og finansiering i Helsedirektoratet er ansvarlig for blant annet finansiering, legemiddel- og tannhelserefusjon, behandlingsrefusjon og norsk pasientregister. I dette utvalget ble til sammen 20 personer kontaktet.

Vår veileder hadde også blant disse to utvalgene kontaktpersoner som ga oss lister over ansatte som vi kunne utføre personlig intervju med. Til disse sendte vi invitasjonsbrev via e-post med samme informasjon som de andre to utvalgene fikk per post. Siden begge utvalgene har tilholdssted i Oslo hadde vi mulighet for å kunne intervju alle som ville delta på deres respektive arbeidsplasser. Totalt 19 personer ville være med på intervjuundersøkelsen i dette utvalget som ga en svarprosent på 95 %. Fordelingen av respondentene ble at jeg intervjuet 9 ansatte mens min studentkollega intervjuet 10 ansatte.

Sammenlagt intervjuet vi 53 personer hver slik at det totale antallet respondenter som deltok i intervjuundersøkelsen ble 106 personer.

## **3.5 Intervjuing**

### **3.5.1 Søknader**

I samarbeid med vår veileder kom vi fram til at spørsmål om politikeres, administratorers og lekfolks tidspreferanser ved prioritering i helsevesenet ikke var av en slik personlig art at de krevde godkjenning fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Vi tok kontakt med REK og la fram hva målet med vår masteroppgave var og hvordan denne skulle utføres. REK ga klarsignal for at vi kunne fortsette framdriften som planlagt uten å sende inn noen form for søknad til dem fordi vi berørte ikke noen av deres kriterier for hva som krever godkjenning av de i vår masteroppgave.

Vi tok også kontakt med NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) for å forsikre oss om at vi heller ikke der trengte noen godkjenning. De ga klarsignal for at oppgaven kunne utføres på det grunnlaget at intervjuet var anonymt, og at kvantitativt og kvalitativt innhentet informasjon ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner og/eller spesifikke etater.

### **3.5.2 Praktisk gjennomføring av intervjuer**

Tidspunktene for intervjuene ble avtalt på forhånd via enten e-post eller telefon og utført personlig på den respektive arbeidsplassen til respondenten. På forhånd hadde respondentene kun fått informasjon om bakgrunnen og målet for undersøkelsen via informasjonsbrevet de fikk enten via brevpost eller e-post. Dette var eneste informasjon de fikk slik at alle respondentene stilte likt og slik at ingen fikk mulighet til å stille mer eller mindre forberedt enn andre. Ved overlevering av spørreskjemaet fikk de tid til å sette seg inn i problemstillingene og de ulike spørsmålene før vi begynte gjennomgåelsen av spørreskjemaet. Etter hvert i intervjuet fikk respondenten stille spørsmål hvis det var noe han/hun lurte på, men det er viktig å påpeke at vi som intervjuere ikke skulle "lede" respondenten inn på hva de skulle svare. Det fantes ikke noe "galt" eller "riktig" svar, respondentene skulle svare på spørsmålene etter sin personlige mening. Flere ga uttrykk for at det var mange etiske problemstillinger i denne undersøkelsen. Da understreket vi at alle svarene var anonyme og ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner slik at de ble mer beroliget på dette området.



Alle spørsmålene gjaldt vanskelige prioriteringsspmål som spesielt studentene trengte mer bakgrunnsinformasjon om for å kunne svare på, men når det gjaldt de andre respondentene i etatene og forvaltningen hadde alle her god nok forkunnskaper til å kunne svare på spørsmålene uten mye informasjon fra oss. Hvis respondentene eventuelt hadde spørsmål om, noe ga vi de bare konkrete opplysninger uten å lede de til et spesielt svar. Vi ga dem god tid til å besvare spørreskjemaet slik at de fikk tenke seg godt om og reflektere uten å stresse slik at rom for misforståelser og feiloppfatninger ikke kunne oppstå. Under intervjuet skrev vi ned respondentenes kommentarer og tanker de hadde omkring de ulike spørsmålene. Ved å se på kommentarene til de enkelte spørsmålene kan man også se om det er konsistens rundt svarene og/eller om det ikke er konsistens på grunn av misforståelser eller feiloppfatninger.

## **3.6 Dataanalyse**

### **3.6.1 Avlesning av spørreskjema**

For å unngå at respondenter kunne bli gjenkjent både på bakgrunn av kvantitative og kvalitative svar valgte vi å fordele resultatene etter hvilken gruppe de var fra. I gruppen ”Forvaltning” er resultatene fra seksjon for legemiddeløkonomi ved Statens Legemiddelverk og divisjon Helseøkonomi og finansiering i Helsedirektoratet, mens i gruppen Stortingskomité/Prioriteringsråd er resultatene fra Stortingets Helse- og omsorgskomite og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Forvaltningsgruppen er i tillegg delt opp i hvilke respondenter som er økonomer og ikke-økonomer for å se om det var forskjell hos disse i resultatdelen. Den eneste gruppen som inneholder svar fra bare ett utvalg er studentene.

Resultatene er lagt opp slik at oppdelingen av svarresultatene korrelerer med spørreskjemaets spørsmål og inndeling.

Vi regnet også ut gjennomsnittlig betalingsvillighet og median betalingsvillighet for de som valgte alternativ 1 i alle scenarioene. I tillegg regnet vi ut gjennomsnittlig og median betalingsvillighet for alle samlet (respondenter som valgte alternativ 1 og respondenter som valgte alternativ 2) i alle scenarioene.

### 3.6.2 Beregning av diskonteringsrate

For å kunne regne ut gjennomsnittlig og median diskonteringsrate for rene tidspreferanser hos de samfunnsmessige beslutningstakerne som foretrakk snarlig effekt, det vil si som valgte alternativ 1 på spørsmål 2 og 6, brukte vi følgende formel:

Figur 3.1 Diskonteringsformel

$$\frac{100000}{(1 + R)^{10}} = BV$$

R representerer diskonteringsraten mens BV er den aktuelle gjennomsnittlige eller mediane betalingsvilligheten i populasjonen for tiltaket med forsinket effekt gitt en betalingsvillighet på kr 100.000 for tiltaket med snarlig effekt.. I vårt spørreskjema skjer de forebyggende behandlingene etter 2 år hos den ene gruppen og 12 år hos den andre gruppen noe som gjør at forskjellen og n i vårt spørreskjema blir 10 år inn i fremtiden.

### 3.6.3 Statistiske analyser

I våre resultater skulle vi også finne ut om det er en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på de ulike svarene de ga. For å kunne regne ut statistisk signifikans måtte vi først vite to ting:

1. Standardfeilen for en prosentandel: Ofte måles prosentandelen (P) som har en bestemt egenskap, snarere enn gjennomsnittsskåren på egenskapen.  $SF(P) = \sqrt{P(100-P)/N}$ , når N er utvalgsstørrelsen.
2. Standardfeilen for en forskjell: Dette kan brukes mellom to gjennomsnitt eller to prosentandeler:  $SF(Diff) = \sqrt{SF1^2 + SF2^2}$ , der SF1 og SF2 er standardfeilene for hvert av gjennomsnittene/prosentandelene.

Ved hjelp av disse utregningene kan vi regne ut om det er en signifikant forskjell mellom to grupper som svarer det samme alternativet. For at det skal være et signifikant resultat krever det en forskjell på minst 2 standardfeil (som er signifikant på et 0,05 nivå). Gjennomsnittet i populasjonen som helhet ligger nemlig med 95 prosent sannsynlighet innenfor en avstand av

2 standardfeil fra gjennomsnittet i utvalget. Området ”utvalgsgjennomsnitt +/- 2 standardfeil” kalles 95-prosent konfidensintervallet (KI) for gjennomsnittet i populasjonen.

I tillegg vil vi gjerne vite hvor pålitelige svarene til utvalgene er. Da har vi telt opp respondentene etter styrken av (konsistensen i) deres støtte for alternativet ”lik prioritering” (svaralternativ 2 på spørsmål 2 og 6). Denne interne konsistensen kan man se i resultatdelen.

# 4 Resultater

## 4.1 Kvantitative resultater

### 4.1.1 Generell fordeling av respondentene

Tabell 4.1 Fordeling av respondentene på kjønn, utdanning og alder (angitt i %, antall (n) i parentes).

		Forvaltning	Komité/R�d	Studenter
Kjønn	Mann	40,0 (8)	46,2 (6)	45,0 (9)
	Kvinne	60,0 (12)	53,8 (7)	55,0 (11)
Utdanning	Grunnskole			
	Videregående	5,0 (1)	23,0 (3)	10,0 (2)
	Universitet/høyskole	95,0 (19)	77,0 (10)	90,0 (18)
Alder	Gjennomsnitt	45,4 år	51,5 år	26,9 år
	Median	44 år	51 år	26,5 år
	Samlet	n = 20	n = 13	n = 20

### 4.1.2 Resultater og fordeling av svarene på spørsmålene i spørreskjemaet

I de følgende tabeller inkluderes en kolonne for ”alle gruppene slått sammen”. Men disse resultatene kommenteres ikke i teksten, da de er påvirket av hvor store de tre subgruppene tilfeldigvis ble i undersøkelsen og dermed ikke er representative.

Tabell 4.2. Spørsmål 1. Tidspreferanse for prioritering mellom to like tiltak for kronikere i nær framtid eller om noen år.

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Prioritet til det nære</b>	50 (11,18)	83,3 (15,22)	35,7 (12,8)	23,1 (11,69)	30 (10,25)	35,9 (6,58)
<b>Prioritet til det fjernere</b>						
<b>Samme prioritet</b>	45 (11,12)	16,7 (15,22)	57,1 (13,23)	69,2 (12,80)	65 (10,66)	58,5 (6,77)
<b>Usikker</b>	5 (4,87)		7,2 (6,9)	7,7 (7,39)	5 (4,87)	5,6 (3,17)
<b>Sum</b>	100 n = 20	100 n = 6	100 n = 14	100 n = 13	100 n = 20	100 n = 53

Blant respondentene som svarte på spørsmål 1 svarte 83,3 % av økonomene at de prioriterer en behandling som forhindrer et helsetap i én gruppe i nær framtid mot bare 35,7 % hos ikke-økonomene. Dette gir en statistisk signifikant verdi på 2,4 standardfeil som tilsier at økonomer har høyere tidspreferanse enn ikke-økonomene.

Tabell 4.3. Spørsmål 2. Tidspreferanse for prioritering mellom to like tiltak (Nånux og Danux) der gevinsten kommer på forskjellig tidspunkt.

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Alternativ 1</b> (preferanse for Nånux)	30 (10,25)	50 (20,4)	21,4 (10,96)	30,8 (12,8)	15 (8)	24,5 (5,9)
<b>Alternativ 2</b> (likestilling av Nånux og Danux)	70 (10,25)	50 (20,4)	78,6 (10,96)	69,2 (12,8)	85 (8)	75,5 (5,9)
<b>Sum</b>	100  n = 20	100  n = 6	100  n = 14	100  n = 13	100  n = 20	100  n = 53

Blant respondentene som svarte på spørsmål 2 var det innad i hver gruppe et flertall som valgte alternativ 2, at de to behandlingene forsvarer like høye samlede kostnader per pasient.

Ellers er det ingen signifikante forskjeller å peke på.

Tabell 4.4. Spørsmål 3. Betalingsvillighet for respondentene som valgte alternativ 1 (preferanse for Nånux).

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Litt mindre</b>	83,3 (15,2)	66,7 (27,2)	100	25 (21,65)	66,7 (27,2)	61,5 (13,5)
<b>En del mindre</b>	16,7 (15,2)	33,3 (27,2)		25 (21,65)	33,3 (27,2)	23,1 (11,7)
<b>Vesentlig mindre</b>						
<b>Usikker</b>				50 (25)		15,4 (10,0)
<b>Sum</b>	100 n = 6	100 n = 3	100 n = 3	100 n = 4	100 n = 3	100 n = 13

En vesentlig del av respondentene innad i hver gruppe som valgte alternativ 1 (preferanse for Nånux), svarte at det offentlige bare bør være villig til å betale litt mindre per pasient for behandling for den andre gruppen.

Tabell 4.5a. Spørsmål 4. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved preferanse for Nånux

Betalingsvilligheten er oppgitt som median verdi i kroner med gjennomsnitt i parentes.

Diskonteringsraten er oppgitt som median prosentverdi med gjennomsnitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Betalingsvillighet ved preferanse for Nånux</b>	87.500 (87.500)	90.000 (88.300)	85.000 (86.700)	80.000 (80.000)	95.000 (80.000)	90.000 (84.100)
<b>Diskonteringsrate ved preferanse for Nånux</b>	1,344 (1,344)	1,055 (1,252)	1,638 (1,437)	2,2565 (2,2565)	0,515 (2,2565)	1,055 (1,746)
<b>Antall respondenter</b>	n = 6	n = 3	n = 3	n = 4	n = 3	n = 13

Denne tabellen kommenteres på neste side i lag med tabell 4.5b.



Tabell 4.5b. Spørsmål 4. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved alle preferanser sammenlagt (både preferanse for Nånux og preferanser for likestilling av Nånux og Danux)

Betalingsvilligheten er oppgitt som median verdi i kroner med gjennomsnitt i parentes.

Diskonteringsraten er oppgitt som median prosentverdi med gjennomsnitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Betalingsvillighet for alle preferanser sammenlagt</b>	100.000 (96.250)	97.500 (94.200)	100.000 (97.100)	100.000 (96.400)	100.000 (97.000)	100.000 (96.600)
<b>Diskonteringsrate for alle preferanser sammenlagt</b>	0 (0,383)	0,253 (0,599)	0 (0,2947)	0 (0,367)	0 (0,305)	0 (0,345)
<b>Antall respondenter</b>	n = 20	n = 6	n = 14	n = 13	n = 20	n = 53

Resultatene for betalingsvilligheten og diskonteringsrater i scenario 1 viser at Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet har lavest betalingsvillighet og høyest diskonteringsrate. Studentene har høyest betalingsvillighet og lavest diskonteringsrate. Når man ser på betalingsvilligheten og diskontering for alle respondentene samlet, ser man at økonomene i forvaltningen har litt lavere betalingsvillighet og høyere diskonteringsrate enn flertallet som har høy betalingsvillighet og en diskonteringsrate mot null.

Tabell 4.6. Spørsmål 5. Prioritering mellom behandling for 100 pasienter i gruppe A (Nånux) eller 120 pasienter i gruppe B (Danux) innenfor et gitt budsjett.

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>100 A</b>	25,0 (9,68)	33,3 (19,24)	21,4 (10,96)	38,5 (13,5)	5,0 (4,87)	20,8 (5,58)
<b>120 B</b>	55,0 (11,12)	33,3 (19,24)	64,3 (12,8)	38,5 (13,5)	60,0 (10,95)	52,8 (6,86)
<b>Usikker</b>	20,0 (8,94)	33,3 (19,24)	14,3 (9,36)	23,0 (11,67)	35,0 (10,66)	26,4 (6,05)
<b>Sum</b>	100 n = 20	100 n = 6	100 n = 14	100 n = 13	100 n = 20	100 n = 53

Når man ser på resultatene for når respondentene må velge mellom enten å behandle 100 pasienter i gruppe A eller 120 pasienter gruppe B innenfor et gitt budsjett, ser man en signifikant forskjell mellom Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet og studentene som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A. Til sammen 38,5 % av respondentene i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet valgte dette alternativet mens bare 5,0 % av studentene valgte det samme alternativet. Dette gir en statistisk signifikant verdi på 2,33 standardfeil som tilsier at Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet diskonterer mer enn studentene, som diskonterer minst av alle gruppene totalt. Det er også viktig å legge merke til at en stor del av respondentene innad i hver gruppe valgte å svare "Usikker" på dette spørsmålet, noe som kan være på grunn av etiske problemstillinger. Dette går nærmere inn på i diskusjonen.

Tabell 4.7. Spørsmål 6. Tidspreferanse for prioritering mellom to like tiltak (Enil og Tonil) som forebygger dødsfall, der gevinsten kommer på forskjellig tidspunkt.

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Alternativ 1</b> (preferanse for Enil)	30 (10,25)	50 (20,4)	21,4 (10,96)	23,1 (11,7)	10,0 (6,7)	20,8 (5,58)
<b>Alternativ 2</b> (likestilling av Enil og Tonil)	70 (10,25)	50 (20,4)	78,6 (10,96)	76,9 (11,7)	90,0 (6,7)	79,2 (5,58)
<b>Sum</b>	100 n = 20	100 n = 6	100 n = 14	100 n = 13	100 n = 20	100 n = 53

Blant resultatene innenfor tidspreferanse for prioritering mellom to like tiltak som forebygger dødsfall der gevinsten kommer på forskjellig tidspunkt, ser vi at flesteparten av respondentene innad i hver gruppe svarer alternativ 2.

Tabell 4.8. Spørsmål 7. Betalingsvillighet for respondentene som valgte alternativ 1 (preferanse for Enil)

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Litt mindre</b>	83,3 (15,2)	66,7 (27,2)	100		100	63,6 (14,5)
<b>En del mindre</b>	16,7 (15,2)	33,3 (27,2)				9,1 (8,67)
<b>Vesentlig mindre</b>						
<b>Usikker</b>				100		27,3 (13,4)
<b>Sum</b>	100 n = 6	100 n = 3	100 n = 3	100 n = 3	100 n = 2	100 (n = 11)

En vesentlig del av respondentene som valgte alternativ 1, preferanse for Enil, svarte at det offentlige bare bør være villig til å betale litt mindre per pasient for behandling med Tonil i gruppe B. Samtlige blant de som valgte alternativ 1 blant Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet valgte å svare ”Usikker”. Nærmere forklaring til dette valget går nærmere inn på i diskusjonen.

Tabell 4.9a. Spørsmål 8. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved preferanse for Enil

Betalingsvilligheten er oppgitt som median verdi i kroner med gjennomsnitt i parentes.

Diskonteringsraten er oppgitt som median prosentverdi med gjennomsnitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Betalingsvillighet ved preferanse for Enil</b>	90.000 (89.200)	85.000 (85.000)	95.000 (93.300)	Ikke besvart	92.500 (92.500)	90.000 (90.000)
<b>Diskonteringsrate ved preferanse for Enil</b>	1,055 (1,15)	1,638 (1,638)	0,5150 (0,695)	0 (0)	0,7825 (0,7825)	1,055 (1,055)
<b>Sum</b>	n = 6	n = 3	n = 3	n = 3	n = 2	n = 11

Tabell 4.9a kommenteres på neste side i lag med tabell 4.9b.

Tabell 4.9b. Spørsmål 8. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved alle preferanser sammenlagt (både preferanse for Enil og preferanser for likestilling av Enil og Tonil)

Betalingsvilligheten er oppgitt som median verdi i kroner med gjennomsnitt i parentes.

Diskonteringsraten er oppgitt som median prosentverdi med gjennomsnitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Betalingsvillighet for alle preferanser sammenlagt</b>	100.000 (96.750)	95.000 (92.500)	100.000 (98.600)	100.000 (100.000)	100.000 (99.250)	100.000 (98.400)
<b>Diskonteringsrate for alle preferanser sammenlagt</b>	0 (0,331)	0,5150 (0,7825)	0 (0,1415)	0 (0)	0 (0,07532)	0 (0,1615)
<b>Sum</b>	n = 20	n = 6	n = 14	n = 13	n = 20	n = 53

Resultatene for betalingsvilligheten og diskonteringsrater i scenario 2 viser at økonomene i forvaltningen har lavest betalingsvillighet og høyest diskonteringsrate. Ikke-økonomene i forvaltningen har høyest betalingsvillighet og lavest diskonteringsrate. Som i scenario 1 viser også resultatene her at studentene har høy betalingsvillighet og lav diskonteringsrate.

Tabell 4.10. Spørsmål 9. Prioritering mellom behandling for 100 pasienter i gruppe A (Enil) eller 120 pasienter i gruppe B (Tonil) innenfor et gitt budsjett.

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>100 A</b>	15,0 (8,0)	16,7 (15,2)	14,3 (9,36)	38,4 (13,5)	15,0 (8,0)	20,8 (5,58)
<b>120 B</b>	65,0 (10,7)	50,0 (20,4)	71,4 (12,1)	30,8 (12,8)	40,0 (10,95)	47,2 (6,86)
<b>Usikker</b>	20,0 (8,9)	33,3 (19,2)	14,3 (9,36)	30,8 (12,8)	45,0 (11,12)	32,0 (6,4)
<b>Sum</b>	100 n = 20	100 n = 6	100 n = 14	100 n = 13	100 n = 20	100 n = 53

En stor del av respondentene innad i hver gruppe valgte å svare ”Usikker” på dette spørsmålet, noe som kan være på grunn av etiske problemstillinger som man kan se fra de kvalitative resultatene. Dette går nærmere inn på i diskusjonen. Ellers var det ingen signifikante forskjeller å peke på.

Tabell 4.11. Spørsmål 10. Tidspreferanse for prioritering mellom to like behandlinger med forskjell i varighet av effekten (hvor lenge gruppen får glede av helsegevinsten).

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Prioritet til de med mange leveår</b>	65,0 (10,7)	83,3 (15,2)	57,1 (13,2)	53,8 (13,8)	25,0 (9,7)	47,15 (6,9)
<b>Prioritet til de med noe færre leveår</b>						
<b>Samme prioritet</b>	35,0 (10,7)	16,7 (15,2)	42,9 (13,2)	38,5 (13,5)	65,0 (10,7)	47,15 (6,9)
<b>Usikker</b>				7,7 (7,4)	10,0 (6,7)	5,7 (3,2)
<b>Sum</b>	100 n = 20	100 n = 6	100 n = 14	100 n = 13	100 n = 20	100 n = 53

Blant respondentene som svarte på spørsmål 10 svarte 65,0 % av de innenfor forvaltningen at de prioriterer til de med mange leveår mot bare 25,0 % hos studentene. Dette gir en statistisk signifikant verdi på 2,8 standardfeil som tilsier at de i forvaltningen prioriterer de med mange leveår høyere enn hva studentene gjør. Blant respondentene som valgte at de to gruppene burde ha samme prioritet ser vi en statistisk signifikant forskjell mellom hva forvaltningen og studentene svarte. Blant studentene mente 65,0 % at de to gruppene burde ha samme prioritet mens bare 35,0 % hos forvaltningen mente det samme. Dette gir en forskjell på 2 standardfeil.



Tabell 4.12. Spørsmål 11. Tidspreferanse for prioritering mellom to like behandlinger med forskjell i varighet av effekten (hvor lenge gruppen får glede av helsegevinsten).

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Alternativ 1</b> (preferanse for sykdom A)	70,0 (10,25)	66,7 (19,25)	71,4 (12,1)	53,8 (13,8)	25,0 (9,7)	49,0 (6,9)
<b>Alternativ 2</b> (likestilling av sykdom A og B)	30,0 (10,25)	33,3 (19,25)	28,6 (12,1)	46,2 (13,8)	75,0 (9,7)	51,0 (6,9)
<b>Sum</b>	100  n = 20	100  n = 6	100  n = 14	100  n = 13	100  n = 20	100  n = 53

Blant resultatene innenfor tidspreferanse mellom to like behandlinger med forskjell i varigheten av effekten så vi ingen signifikante forskjeller blant de forskjellige gruppene.

Tabell 4.13. Spørsmål 12. Betalingsvillighet for respondentene som valgte alternativ 1 (preferanse for sykdom A).

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Litt mindre</b>	57,1 (13,2)	25,0 (21,65)	70,0 (14,5)	14,3 (13,2)	60,0 (21,9)	46,2 (9,8)
<b>En del mindre</b>	21,5 (11,0)		30,0 (14,5)	42,85 (18,7)	20,0 (17,9)	26,9 (8,7)
<b>Vesentlig mindre</b>	14,3 (9,36)	50,0 (25,0)				7,7 (5,2)
<b>Usikker</b>	7,1 (6,86)	25,0 (21,65)		42,85 (18,7)	20,0 (17,9)	19,2 (7,7)
<b>Sum</b>	100 n = 14	100 n = 4	100 n = 10	100 n = 7	100 n = 5	100 n = 26

En signifikant forskjell kan man se mellom forvaltningen og Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet. 57,1 % av respondentene i forvaltningen valgte "Litt mindre", mens bare 14,3 % hos de i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet valgte dette alternativet. Dette gir en signifikant forskjell på 2,3 standardfeil.

Tabell 4.14a. Spørsmål 13. Betalingsvillighet og diskonteringsrater ved preferanse for sykdom A.

Betalingsvilligheten er oppgitt som median verdi i kroner med gjennomsnitt i parentes.

Diskonteringsraten er oppgitt som median prosentverdi med gjennomsnitt i parentes.

	Forvaltning			Komité/ Råd	Studenter	Alle
	Samlet	Økonom	Ikke- økonom			
<b>Betalingsvillighet ved preferanse for sykdom A</b>	70.000 (76.900)	70.000 (73.300)	75.000 (78.000)	70.000 (71.250)	80.000 (76.250)	80.000 (75.700)
<b>Diskonteringsrate ved preferanse for sykdom A</b>	3,63 (2,6615)	3,63 (3,1545)	2,918 (2,516)	3,63 (3,448)	2,2565 (2,7485)	2,2565 (2,823)
<b>Sum</b>	n = 14	n = 4	n = 10	n = 7	n = 5	n = 26

Resultatene i tabell 4.14a viser en median betalingsvillighet på 80.000, noe som betyr at respondentene er villig til å betale 80 % for en effekt som bare er på 50 %. Denne tabellen blir også kommentert på neste side sammen med tabell 4.14b.

Tabell 4.14b. Spørsmål 13. Betalingsvillighet og diskonteringsrater for alle preferanser sammenlagt (både preferanse for sykdom A og preferanser for likestilling av sykdom A og B)

Betalingsvilligheten er oppgitt som median verdi i kroner med gjennomsnitt i parentes.

Diskonteringsraten er oppgitt som median prosentverdi med gjennomsnitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>Betalingsvillighet for alle preferanser sammenlagt</b>	90.000 (84.200)	90.000 (84.000)	90.000 (84.300)	100.000 (88.500)	100.000 (95.000)	100.000 (89.400)
<b>Diskonteringsrate for alle preferanser sammenlagt</b>	1,055 (1,734)	1,055 (1,759)	1,055 (1,722)	0 (1,229)	0 (0,5150)	0 (1,127)
<b>Sum</b>	n = 20	n = 6	n = 14	n = 13	n = 20	n = 53

Resultatene for betalingsvilligheten og diskonteringsrater i tabell 4.14a og 4.14b, viser at forvaltningen og Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet har lavest betalingsvillighet og høyest diskonteringsrate. Som resultatene i scenario 1 og 2 viser gjelder det også her at studentene har høyest betalingsvillighet og lavest diskonteringsrate.

Respondentene som valgte alternativ 1 har totalt sett lavere betalingsvillighet i scenario 3 enn i scenario 1 og 2. Dette gir dermed den høyeste diskonteringsraten både blant disse respondentene som valgte alternativ 1 og totalt sett for alle respondentene samlet.

Tabell 4.15. Spørsmål 14. Prioritering mellom å behandle enten 100 pasienter med sykdom A eller 120 pasienter med sykdom B innenfor et gitt budsjett.

Antall respondenter (n) er oppgitt med gjennomsnittlig svarprosent for hvert alternativ.

Standardfeilen (feilmargin) for prosentandelen er oppgitt i parentes.

	<b>Forvaltning</b>			<b>Komité/ Råd</b>	<b>Studenter</b>	<b>Alle</b>
	<b>Samlet</b>	<b>Økonom</b>	<b>Ikke- økonom</b>			
<b>100 A</b>	55,0 (11,1)	50,0 (20,4)	57,2 (13,2)	76,9 (11,7)	40,0 (10,95)	54,7 (6,84)
<b>120 B</b>	20,0 (8,95)	16,7 (15,2)	21,4 (11,0)		10,0 (6,7)	11,3 (4,35)
<b>Usikker</b>	25,0 (9,7)	33,3 (19,2)	21,4 (11,0)	23,1 (11,7)	50,0 (11,2)	34,0 (6,5)
<b>Sum</b>	100 n = 20	100 n = 6	100 n = 14	100 n = 13	100 n = 20	100 n = 53

I motsetning til scenario 1 og 2 hvor flesteparten innad i hver gruppe valgte gruppe B, valgte flesteparten blant respondentene innad i hver gruppe i dette scenarioet å behandle 100 pasienter i gruppe A innenfor et gitt budsjett. En signifikant forskjell blant gruppene som valgte å behandle 100 i gruppe A kan man se mellom Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet og studentene. Forskjellen på svarprosentene har gir en forskjell på 2,3 standardfeil som er signifikant på 0,05 nivået. Det er også viktig å legge merke til i dette scenarioet at en stor del av respondentene valgte å svare ”Usikker” på dette spørsmålet, noe som går nærmere inn på i diskusjonen.

### 4.1.3 Grupper etter grad av konsistens i støtte for lik prioritet

For å finne ut hvor pålitelige svarene til respondentene var har jeg tallet opp respondentene etter styrken av (konsistensen i) deres støtte til alternativet ”Lik prioritering” (respondenter som svarte alternativ 2 på spørsmål 2 og 6). Følgende hierarkiske gruppering ble brukt:

Tabell 4.16. Gruppering av gruppene etter grad av konsistens i støtte for lik prioritet

<b>2.2A/6.2A</b>	Respondenter som svarte alt.2 på spørsmål 2/6, alternativ ”120B” på spørsmål 5/9, ”Samme prioritet” på spørsmål 1, og i tillegg hadde en uformell kommentar/begrunnelse til støtte for ”lik prioritet”.
<b>2.2B/6.2B</b>	Respondenter som svarte alt.2 på spørsmål 2/6, alternativ ”120B” på spørsmål 5/9, ”Samme prioritet” på spørsmål 1, men som <u>ikke</u> hadde en uformell kommentar/begrunnelse til støtte for ”lik prioritet”.
<b>2.2C/6.2C</b>	Respondenter som svarte alt.2 på spørsmål 2/6, alternativ 120B på spørsmål 5/9, men som <u>ikke</u> svarte ”Samme prioritet” på spørsmål 1.
<b>2.2D/6.2D</b>	Respondenter som svarte alt.2 på spørsmål 2/6, ”Samme prioritet” på spørsmål 1, men som svarte ”Usikker” på spørsmål 5/9.
<b>2.2E/6.2E</b>	Respondenter som svarte alt. 2 på spørsmål 2/6, ”Samme prioritet” på spørsmål 1, men som svarte ”100A” på spørsmål 5/9.
<b>2.2F/6.2F</b>	Respondenter som svarte alt. 2 på spørsmål 2/6, ”Usikker” på spørsmål 5/9 og <u>ikke</u> svarte ”Samme prioritet” på spørsmål 1.
<b>2.2G/6.2G</b>	Respondenter som svarte alt. 2 på spørsmål 2/6, alternativ ”100A” på spørsmål 5/9 og <u>ikke</u> svarte ”Samme prioritet” på spørsmål 1.

Deretter delte jeg opp tabellen i to grupperinger. Det grå-skraverte området viser respondenter som helt og holdent gikk for lik prioritet med solid støtte av andre svar (2.2A/6.2A, 2.2B/6.2B, 2.2C/6.2C, 2.2D/6.2D). Det gul-skraverte området viser respondenter som svarte lik prioritet på spørsmål 2, men med kontradiksjoner i de andre svarene (2.2E/6.2E, 2.2F/6.2F, 2.2G/6.2G).

Denne oppdelingen brukes videre på tabell 4.17-4.24.

Tabell 4.17. Fordeling av de som valgte lik prioritet på spørsmål 2 på grad av konsistens med øvrige svar.

	Forvaltning			Komité/Råd	Studenter
	Samlet	Økonomer	Ikke-økonomer		
<b>2.2 A</b>	7		7	4	1
<b>2.2 B</b>					6
<b>2.2 C</b>	2	1	1		3
<b>2.2 D</b>	2	1	1		3
<b>2.2 E</b>				3	
<b>2.2 F</b>	2	1	1	1	4
<b>2.2 G</b>	1		1	1	
<b>Antall som valgte alt.2 i scenario 1</b>	14	3	11	9	17
<b>Hvorav A-D:</b>	11	2	9	4	13

Denne tabellen kommenteres på neste side sammen med tabell 4.18.

Tabell 4.18. Fordeling av de som valgte lik prioritet på spørsmål 6 på grad av konsistens med øvrige svar.

	Forvaltning			Komité/Råd	Studenter
	Samlet	Økonomer	Ikke-økonomer		
<b>6.2 A</b>	7		7	2	1
<b>6.2 B</b>					5
<b>6.2 C</b>	3	1	2		2
<b>6.2 D</b>	1	1		1	2
<b>6.2 E</b>	1		1	4	3
<b>6.2 F</b>	2	1	1	2	5
<b>6.2 G</b>					
<b>Antall som valgte alt.2 i scenario 2</b>	14	3	11	9	18
<b>Hvorav A-D:</b>	11	2	9	3	10

I tabell 4.17 og 4.18 ser vi at innad i gruppene Forvaltning og Studenter er det flere respondenter som helt og holdent gikk for lik prioritet, i motsetning til i gruppen Komité/Råd hvor det var høyere antall respondenter som hadde kontradiksjoner i deres støtte for lik prioritet. Disse tabellene gir på denne måten en fullstendig oversikt over alle svarkombinasjoner gitt av de ulike subjektene og således variasjonene i preferansene til de som gikk for lik prioritet.



I de kommende tabellene 4.19, 4.20, 4.21, 4.22, 4.23 og 4.24 har vi også inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder respondenter som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6. Disse gruppene valgte vi å ta med for å inkludere de som valgte alternativ 2 bare på et av de to scenarioene eller ikke i noen av dem. Disse tabellene gir på den måten en fullstendig oversikt over alle svarkombinasjoner gitt av de ulike respondentene og således variasjonen i preferansene.

Tabell 4.19. Fordeling av studenter (n=20) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.

	<b>6.1</b>	<b>6.2 A</b>	<b>6.2 B</b>	<b>6.2 C</b>	<b>6.2 D</b>	<b>6.2 E</b>	<b>6.2 F</b>	<b>6.2 G</b>
<b>2.1</b>	2				1			
<b>2.2 A</b>								
<b>2.2 B</b>			5			2		
<b>2.2 C</b>				2			1	
<b>2.2 D</b>			1		1	1		
<b>2.2 E</b>								
<b>2.2 F</b>							4	
<b>2.2 G</b>								

Tabell 4.20. Fordeling av respondenter fra Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet (n= 13) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.

	<b>6.1</b>	<b>6.2 A</b>	<b>6.2 B</b>	<b>6.2 C</b>	<b>6.2 D</b>	<b>6.2 E</b>	<b>6.2 F</b>	<b>6.2 G</b>
<b>2.1</b>	2	1		1				
<b>2.2 A</b>	1	1			1	1		
<b>2.2 B</b>								
<b>2.2 C</b>								
<b>2.2 D</b>								
<b>2.2 E</b>						3		
<b>2.2 F</b>							1	
<b>2.2 G</b>							1	

Tabell 4.21. Fordeling av respondenter fra forvaltningen (n= 20) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.

	<b>6.1</b>	<b>6.2 A</b>	<b>6.2 B</b>	<b>6.2 C</b>	<b>6.2 D</b>	<b>6.2 E</b>	<b>6.2 F</b>	<b>6.2 G</b>
<b>2.1</b>	5			1				
<b>2.2 A</b>		7						
<b>2.2 B</b>								
<b>2.2 C</b>	1			1				
<b>2.2 D</b>					1	1		
<b>2.2 E</b>								
<b>2.2 F</b>							2	
<b>2.2 G</b>				1				

Tabell 4.22. Fordeling av respondenter fra forvaltningen som var økonomer (n= 6) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.

	<b>6.1</b>	<b>6.2 A</b>	<b>6.2 B</b>	<b>6.2 C</b>	<b>6.2 D</b>	<b>6.2 E</b>	<b>6.2 F</b>	<b>6.2 G</b>
<b>2.1</b>	2			1				
<b>2.2 A</b>								
<b>2.2 B</b>								
<b>2.2 C</b>	1							
<b>2.2 D</b>					1			
<b>2.2 E</b>								
<b>2.2 F</b>							1	
<b>2.2 G</b>								

Tabell 4.23. Fordeling av respondenter fra forvaltningen som ikke var økonomer (n= 14) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.

	<b>6.1</b>	<b>6.2 A</b>	<b>6.2 B</b>	<b>6.2 C</b>	<b>6.2 D</b>	<b>6.2 E</b>	<b>6.2 F</b>	<b>6.2 G</b>
<b>2.1</b>	3							
<b>2.2 A</b>		7						
<b>2.2 B</b>								
<b>2.2 C</b>				1				
<b>2.2 D</b>						1		
<b>2.2 E</b>								
<b>2.2 F</b>							1	
<b>2.2 G</b>				1				

Tabell 4.24. Fordeling av respondenter fra alle gruppene (n= 53) som valgte lik prioritet på spørsmål 2 og 6 på grad av konsistens med øvrige svar, inkludert en rubrikk som tilsvarer 2.1/6.1, som gjelder de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 eller 6.

	<b>6.1</b>	<b>6.2 A</b>	<b>6.2 B</b>	<b>6.2 C</b>	<b>6.2 D</b>	<b>6.2 E</b>	<b>6.2 F</b>	<b>6.2 G</b>
<b>2.1</b>	9	1		2	1			
<b>2.2 A</b>	1	8			1	1		
<b>2.2 B</b>			5			2		
<b>2.2 C</b>	1			3			1	
<b>2.2 D</b>			1		2	2		
<b>2.2 E</b>						3		
<b>2.2 F</b>							7	
<b>2.2 G</b>				1			1	

I disse tabellene vil kombinasjonen 2.2A/6.2A være de mest konsekvente likebehandlerne, mens 2.2G/6.2G vil være de mest inkonsekvente.

Når vi skal tilskrive subjektene diskonteringsrater i de forskjellige gruppene kan vi se disse i forhold til de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 og 6 (2.1/6.1). Dermed når det gjelder gruppene 2.2E /6.2E og 2.2G/6.2G kan man se disse i forhold til de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 og 6. Vi kan anta at 2.2E /6.2E og 2.2G/6.2G ligger lavere enn 2.1/6.1 siden disse respondentene tross alt svarte alternativ 2 på spørsmål 2 og 6. For subjektene som har svart alternativ 1 på spørsmål 2 har jeg fra mine resultater fått diskonteringsrater på 1,06 % fra begge scenarioene. Samtidig tilsier svaret ”100 A foretrekkes framfor 120 B” isolert sett en diskonteringsrate på minst 2 %. Av den grunn velger jeg å tilskrive subjektene i gruppe 2.2E/6.2E og 2.2G/6.2G rater på henholdsvis 0,5 % og 1 %.

Oppsummering tabell 4.19-4.24: Vi ser stor spredning og at bare ca. halvparten av de som har svart alternativ 2 på spørsmål 2 og 6, gjorde dette med høy grad av konsistens på begge spørsmålene.

## 4.2 Kvalitative resultater/data

I dette avsnittet presenteres et sammendrag av de mest hyppige uformelle kommentarene/begrunnelsene til svarene som belyser hvorfor respondentene valgte slik de gjorde på de ulike spørsmålene i spørreskjemaet. Eventuell inkonsistens/feiltolkninger i begrunnelsene kommenteres ikke her, men diskuteres i diskusjonsdelen. For detaljert sammendrag av kommentarene/begrunnelsene til svarene for de ulike gruppene, se ”Appendiks 8.2”.

De hyppigste uformelle kommentarene/begrunnelsene til respondentene som valgte ”Samme prioritet” på spørsmål 1, er at en må være rettferdig og at behandlingen skal fordeles likt på begge grupper. I tillegg mener respondentene at siden behandlingene gir like store gevinster, er det ingen grunn til at en skal prioritere annerledes. Noen mener også at så fremt helsetapet er like alvorlig, er det like viktig å forhindre dette for begge gruppene. De mener også at det ikke har noe å si om det er nært eller lenger fram tid at en forhindrer dette helsetapet, fordi helsegevinsten er den samme uansett. Andre mener at behandlingen er det viktigste, ikke når og tidspunktet for behandlingen. Tidshorisonten skal ikke være avgjørende for hvordan en prioriterer, i følge respondentene. I tillegg mener noen at det er viktig å prioritere både langsiktig og kortsiktig og at en må tenke på utviklingen innenfor medisin.

De hyppigste kommentarene/begrunnelsene til respondentene som valgte ”Prioritet til det nære”, var blant annet at det kan bli bedre utvikling innenfor medisinsk teknologi. Derfor må en prioritere de som kan få behandling og trenger det mest i nær fremtid. En stor del av respondentene vektla det at man ikke vet hva som skjer i fremtiden, altså eksisterer det en generell usikkerhet blant disse respondentene om hvordan framtiden ser ut. De ga eksempler på at pasientene kan dø i mellomtiden og at ulykker kan skje osv. Derfor ville de at pasientene skulle få helsegevinsten så fort som mulig. En respondent velger å si at han/hun tenker som en økonom og mener derfor at det er billigere å behandle det som er nært i framtiden, siden en da forhindrer et helsetap som kan skje i framtiden, enn at man utsetter dette.

På spørsmål 2 er de hyppigste uformelle kommentarene/begrunnelsene til at respondentene valgte ”Alternativ 1”, at diskontering spiller en viktig rolle siden helsegevinsten i nåtid ikke er den samme som i framtiden, og dermed får denne gruppen en tidligere helsegevinst. Derfor får man ”mer for pengene” ved å velge dette alternativet mener de. Respondentene mener

også at i framtiden vet man ikke hva som skjer, derfor bør man prioritere de i nærmeste framtid. Og for å få denne gevinsten tidligere er de altså villig til å betale mer for denne behandlingen og aksepterer større kostnader. Mange svarte også dette alternativet som en konsekvens av at de svarte prioritet til det nære på spørsmål 1, og at dette alternativet føles som mye sikrere siden det kan skje mye med gruppe B i løpet av 12-15 år. De mener det er viktig å komme med behandling tidligst mulig og forebygge og begrense alvorlighetsgrad.

De som derimot valgte alternativ 2 mener at man må være rettferdig og at likhetsprinsippet er en viktig faktor her, de må behandles likt. I tillegg diskonterer man både gevinst og kostnader i dette scenarioet. Derav vil ikke respondentene gi noe ekstra, siden gruppene vil få helsetapet samtidig og siden de har like mye helsetap. Mange respondenter mener også at effekten og helsegevinsten er den samme for begge grupper, derfor har ikke tidspunktet noen betydning for når dette inntreffer. Mange mente også at det er viktig å få behandlet de som kan komme i den situasjonen senere, altså at forebygging er viktig. Begge gruppene vil være like gamle når de alvorlige plagene inntreffer, derfor er forskjellen i tid av mindre betydning for disse respondentene.

På spørsmål 3 og 4 er de hyppigste uformelle kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte alternativ 1, og som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet, at på grunn av usikkerheten om hva som skjer i løpet av 15 år, velger de litt mindre. Noen mener også at man ikke har fått et produksjonstap, derfor valgte de at gruppe B bare skulle få litt mindre enn den gruppe A.

På spørsmål 5 er de hyppigste uformelle kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A, at de valgte dette på grunn av blant annet besparelser. Siden man ikke trenger å behandle den andre gruppen nå, frigjør man penger til andre ting. Noen mener at man utsetter problemet hvis man velger det andre alternativet (120 B), derfor mener de dette er det beste å alternativet. Andre mener at denne gruppen trenger behandling først fordi de får problemer før den andre gruppen. Da kan man i tillegg få de raskere tilbake i arbeid og på den måten få igjen skattepenger som man ellers ville mistet.

De som derimot valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B kommenterte/begrunnet dette med at da får man behandlet flest pasienter med de samme kostnadene, selv om disse blir behandlet senere. Gevinsten er også den samme, den bare kommer litt senere. De to gruppene er også like både kostnadmessig effektmessig, derfor mener flere at dette er mest riktig valg.

På spørsmål 6 er de hyppigste og uformelle kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte alternativ 1 at de foretrekker en tidlig gevinst framfor en senere gevinst når alt annet er likt. Noen mener også at ett leveår spart i dag er mer verdt i dag og trekker fram diskontering som et holdepunkt for at det er dyrere å behandle noe i framtiden som kan behandles nå. Noen mener også at brå død er mer alvorlig enn forrige scenario hvor det gjaldt kronikere, og derfor aksepterer de høyere samlede kostnader og sammenlikner det med blant annet organdonasjon.

De som valgte alternativ 2 mener blant annet at de må følge sin konsistenslinje og sitt prinsipp om likhet. Andre mener at det ikke er forskjell i behandling og kostnader, og at begge grupper er like alvorlig, derfor valgte de dette alternativet. En del respondenter mener også at tiden er av mindre betydning siden gevinsten er den samme for begge grupper og at et liv er like mye verdt som et annet liv. Noen legger også til i begrunnelsen at effekten vil inntreffe når de er like gamle, derfor får de effekt i like mange år og like stor risiko for at begge får forverring. En del mener også at det spiller ingen rolle om livene blir spart nå eller senere, altså valgte de alternativ 2 fordi samme antall liv spares.

På spørsmål 7 og 8 er de hyppigste uformelle kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte alternativ 1, og som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet, at de velger en betalingsvillighet på en del mindre som i scenario 1. Men siden det gjelder brå død er de villig til å gå for en litt høyere betalingsvillighet. Noen velger også å svare usikker på grunn av etiske problemstillinger.

På spørsmål 9 er de hyppigste kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A, at de prioriterer denne gruppen fordi denne gruppen er nærmest i nåtiden, og den andre gruppen kan man prioritere på et senere tidspunkt. Noen mener også at siden det gjelder brå død her, er det mye mer viktig å komme i gang med rask og effektiv behandling hos denne gruppen enn hos de i scenario 1.

Hos de som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B er de hyppigste kommentarene/begrunnelsene at effekten er jo den samme, men at det er bedre jo flere som får behandling, siden risikotidspunktet for brå død er det samme for begge gruppene. Flere av respondentene valgte også å svare det samme her som de gjorde i første scenario. De valgte altså å følge sin linje for lik prioritet. Andre begrunnelser er at jo flere som behandlet, jo bedre er det, og at gevinsten er den samme, den bare kommer litt senere for gruppe B.

På spørsmål 10 er de hyppigste kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte ”Samme prioritet” at her også gjelder likhetsprinsippet. Det er nemlig samme mengde penger som blir fordelt, og derfor bør det være samme prioritet mener de. Noen mener også at selv om det er viktig med langsiktig behandling, og at flere får muligheten til å leve i mange år, er det viktig å få med seg de som har færre leveår, altså de som kan få kvalitet på det livet de har igjen. Noen andre mener at det ikke har betydning hvor lenge behandlingen pågår, bare at alle får lik mulighet for behandling. En del velger også å legge vekt på at det her handler om livslengde og livskvalitet, derfor bør de få samme prioritet. I tillegg mener noen at usikkerheten angående fremtiden til de forskjellige gruppene gjør at de fortjener samme prioritet. Noen mener også at livskvalitet ikke henger sammen med livslengde, derfor er samme prioritet det riktige.

De som valgte ”Prioritet til de med mange leveår” på samme spørsmål kommenterer/begrunner dette med at de prioriterer de med mange leveår, siden de har flest leveår som de kan få glede over. Noen begrunner også valget med at de som får mange leveår er mer nyttige å prioritere fordi de kan være friske i mange år, og dermed får disse mest helsegevinst. Andre begrunnelser er at respondenter valgte dette alternativet fordi de med mange leveår er yngre og respondentene mener at alderen har betydning. Dermed vil de prioritere de som er yngre i forhold til de eldre. Noen nevner også at livskvalitet ikke er en del av spørsmålet, men at det bare er levetid som er viktig, og antall år som man forlenger et liv er det viktige å ta hensyn til. Noen mener også at effekten er lik for begge grupper, derfor vil de velge dem som får mange leveår. I tillegg mener noen at det er mest kostnadmessig å velge dette alternativet.

På spørsmål 11 er de hyppigste kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte ”Alternativ 1”, at man får større gevinst ved å velge dette, og at selv om det er ulik alder vil dette alternativet jevne ut helseforskjellene innenfor alderen. Noen andre mente at helsegevinsten både varer lengre og er større ved dette alternativet, og dermed får denne gruppen glede av helsegevinsten i lengre tid. Noen regnet ut antall QALYs og begrunner valget med at alternativ 1 gir dobbelt så mange gode leveår. Og siden de er yngre gir dette mest sannsynlig helsegevinst i flere leveår. Selv om effekten er den samme, er lenger varighet hos denne gruppen noe som også er viktig for en del av respondentene.



De som valgte ”alternativ 2” begrunnet/kommenterte dette med at mange følger sitt prinsipp om konsistens og svarer det samme som i tidligere scenarioer, nemlig at de vil ha likhet, ingen skal få mer enn andre, begge grupper skal prioriteres likt og få like mye. Mange mener også at begge grupper oppnår den maksimale gjennomsnittlige levetid som er i Norge i dag, og derfor bør de to gruppene prioriteres likt. Noen mener at man ikke alltid skal tenke gevinst, og selv om ingen i den eldre gruppen kommer ut igjen i arbeidslivet bør de få samme prioritering som den yngre gruppen. Samtidig mener noen at det er liten aldersforskjell her, dermed bør de prioriteres likt. Leveårene som er igjen er like god for alle og livskvalitet er like viktig for alle i begge grupper, derfor velger mange respondenter dette alternativet.

På spørsmål 12 og 13 er de hyppigste uformelle kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte alternativ 1, og som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet, at de valgte en betalingsvillighet på vesentlig mindre på grunn av diskontering. Noen mener også at denne behandlingen er verdt like mye som den andre og savner et alternativ for dette. Noen andre mener at generasjonens helse spiller inn i valget siden det jo er stor forskjell på helse innad til 70-åringer generelt.

På spørsmål 14 er de hyppigste kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A at dette valget gir større helsegevinst totalt sett (flere QALYs) og at denne gruppen får bedre effekt. Noen andre mener at dette valget gir nesten dobbel helsegevinst og at en 20 % økning i antall pasienter behandlet ikke kan forsvare det å behandle flere i gruppe B. Flere valgte å regne ut forskjellen i QALYs og begrunnet valget med at de fikk flere QALYs for gruppe A enn B, og at da får man flere år per helsekrone i tillegg til at de er yngre, derfor fortjener de prioritet. Noen nevner også usikkerheten rundt eldre mennesker der sykdom og død spiller en større rolle enn hos unge folk. Og siden gruppe A er yngre bør man prioritere disse siden 75-åringer mest sannsynlig ikke lever like lenge.

De hyppigste kommentarene/begrunnelsene fra respondentene som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B mener at dette valget gjør at man får behandlet flest pasienter og mest for pengene. I tillegg blir det likt tilbud for alle ved dette valget.

# 5 Diskusjon

## 5.1 Hovedfunn

I den første problemstillingen vår ville vi finne ut hvordan offentlige beslutningstakere prioriterer med hensyn til sine tidspreferanser. Vi laget et spørreskjema der respondentene måtte ta stilling til hvor opptatt de er av det nære i forhold til det fjerne, eller om de mener disse er likeverdige fordi forskjellen i tid spiller en mindre rolle. Vi fant ut at flesteparten innad i hver gruppe mener at to likeverdige behandlinger bør ha samme prioritet, der eneste forskjellen er tiden fra behandlingen blir satt i gang til innhenting av helsegevinstene. Dette gjaldt resultatene for både spørsmål 1 og 2, og ingen av respondentene valgte fjernere i tid som et alternativ i spørsmål 1. Respondentene svarte enten prioritet til det nære, samme prioritet eller at de var usikre på hva de skulle svare. Prosentandelen av respondenter som valgte prioritet til det nære innad i hver gruppe var mindre enn hos de som valgte samme prioritet. Følgene av dette kunne vi se også se på betalingsvilligheten til de som valgte alternativ 1 i spørsmål 2. Den var på 90.000 kr (median), altså ikke mye mindre enn 100.000 kr, som var beløpet respondentene skulle ta utgangspunkt i, og derav ble også median diskonteringsrate svært liten, nemlig 1,1 %. Hvis man derimot så på betalingsvilligheten og diskonteringsraten for alle gruppene samlet, respondenter som svarte alternativ 1 i tillegg til respondenter som svarte alternativ 2, fikk vi som resultat en median betalingsvillighet på 100.000 og en median diskonteringsrate på 0 %.

I scenario 2 fikk vi de samme resultatene der flesteparten innad i hver gruppe valgte samme prioritet. Median betalingsvillighet blant de som valgte alternativ 1 ble også her 90.000 kr, og median diskonteringsrate ble 1,1 %. I dette scenarioet fikk vi også en median betalingsvillighet på 100.000 kr og en median diskonteringsrate på 0 % da vi samlet svarene til alle gruppene.

Ut i fra resultatene for scenario 1 og 2 kunne vi se at flesteparten av respondentene ikke mener at forskjellen i tid er av betydning, og at det skal være lik prioritet for begge gruppene. En liten del av beslutningstakerne innad i hver gruppe mente at prioritet til det nære var det riktige, mens ingen valgte å prioritere til det fjernere. Dette ble også styrket av de kvalitative resultatene.

I den andre problemstillingen vår, om varigheten og helsegevinsten er av betydning for beslutningstakere, fant vi i scenario 3 at flesteparten innad i hver gruppe prioriterte alternativ 1, at behandlingen for den sykdommen med størst helsegevinst (som varte lengst) burde prioriteres. Median betalingsvillighet ble 80.000 kr, og median diskonteringsrate ble 2,26 %. Dette ble også styrket av de kvalitative resultatene. Denne betalingsvilligheten på 80.000 kr er imidlertid langt mindre enn proporsjonal med varigheten, fordi dette impliserer at respondentene er villig til å betale 80 % for en effekt som bare er halvparten så stor. Da vi samlet svarene til alle gruppene, ble median betalingsvillighet 100.000 kr, og median diskonteringsrate ble 0 %.

## **5.2 Intern konsistens innenfor kvantitative resultat**

For å finne ut hvor pålitelige svarene til respondentene var, ble respondentene telt etter styrken av (konsistensen i) deres støtte til alternativet ”Lik prioritering” (de som svarte alternativ 2 på spørsmål 2 og 6). Respondenter fra scenario 3 ble ikke inkludert her.

I disse resultatene (tabell 4.17 og 4.18) fant vi at flesteparten innad i hver gruppe helt og holdent gikk for lik prioritet, utenom gruppen Komité/Råd, hvor det var høyere antall respondenter som hadde kontradiksjoner i deres støtte for lik prioritet.

I videre tabeller (4.19 – 4.24) inkluderte vi en rubrikk som gjaldt de som svarte alternativ 1 på spørsmål 2 og/eller 6. Her kunne vi også plassere de som valgte ”Usikker” slik at vi fikk en fullstendig oversikt over alle svarkombinasjoner.

I disse resultatene fant vi stor spredning og at bare ca. halvparten av de som svarte alternativ 2 på spørsmål 2 og 6, gjorde dette med høy grad av konsistens på begge spørsmålene.

## **5.3 Intern konsistens mellom kvantitative og kvalitative resultat**

På spørsmål 2 og 6 valgte flesteparten av respondentene innad i hver gruppe å svare alternativ 2. Det som mange respondenter begrunnet valget med, var at de fulgte sitt prinsipp om konsistens siden de også hadde valgt samme prioritet på spørsmål 1. I tillegg begrunnet de valget med at likhet og rettferdighet var viktig og at begge grupper fortjente å få lik fordeling av behandling og penger.

I resultatene til spørsmål 6 var det en høyere andel respondenter blant Komiteen/Rådet og studentene som valgte alternativ 2 enn i spørsmål 2. I de kvalitative resultatene begrunnet de valget med at de fulgte sitt prinsipp om konsistens og at det ikke er forskjell i behandling selv om det gjelder brå død. Forvaltningen derimot, mente at siden det gjaldt brå død her, var alternativ 1 det rette å svare.

Det som gjentok seg her blant begrunnelsene til respondentene som valgte alternativ 1 på spørsmål 2 og 6, var at de fulgte sin konsistenslinje fra første spørsmål der de valgte prioritet til det nære. Det er viktig å nevne at også her hadde respondenter som valgte alternativ 1, de samme begrunnelsene som i spørsmål 1, at man ikke vet hva som skjer i framtiden med den andre gruppen (gruppe B) og at de derfor vil behandle den gruppen som får behandling nært i tid (gruppe A), fordi det er mest sikkert.

I spørsmål 3 og 4 der respondentene som bare valgte alternativ 1 skulle angi sin betalingsvillighet, fant vi i resultatene at flesteparten innad i hver gruppe hadde en betalingsvillighet på litt mindre per pasient for behandling med Danux i gruppe B. Dette er konsistent med det de oppga som grunn for at de valgte dette, nemlig usikkerheten om hva som kan skje på 10-15 år. Denne konsistensen ble også styrket av de kvantitative resultatene.

I scenario 2 så vi at betalingsvilligheten innad i hver gruppe for de som valgte alternativ 1 var den samme, noe som mest sannsynlig var fordi de fleste som hadde svart alternativ 1 på spørsmål 1 også gjorde det her på grunn av de ville være konsekvente i svarene sine. I de kvantitative resultatene for de som valgte alternativ 1 i scenario 2 fikk vi de samme tallene som i scenario 1. Begrunnelser til at respondentene valgte alternativ 1 kan vi se i kvalitative resultatene hvor mange begrunnet valget med diskontering som et nøkkelbegrep, at det er

dyrere å behandle i framtiden enn det som kan behandles i nåtid, samt at brå død er mer alvorlig, så derfor aksepterer de høyere samlede kostnader for dette.

På spørsmål 5 valgte flesteparten innad i hver gruppe å behandle 120 pasienter i gruppe B. Dette var konsistent med de kvalitative resultatene der prinsippet om likhet gikk igjen som begrunnelse, og at det å behandle flest mulig var viktig selv om de blir behandlet senere. Flere mente her at effekten og gevinsten kommer jo senere uansett for begge grupper og at man får behandlet 20 % flere pasienter med de samme kostnadene ved å velge å behandle 120 pasienter i gruppe B.

En stor del av respondentene valgte her å svare "Usikker" innad i hver gruppe. Dette begrunnet de med at det er etisk vanskelig å måtte velge mellom to grupper der det er forskjell i hvor mange som blir behandlet.

I spørsmål 9 fant vi også at et flertall innad i hver gruppe valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B. Dette var konsistent med begrunnelsene som blant annet at da får man behandlet flest pasienter, og det er både kostnadmessig og effektmessig likt som behandlingen for de i gruppe A.

En stor del av respondentene innad i hver gruppe valgte også her å svare "Usikker" med begrunnelser som at å velge mellom disse to gruppene er urettferdig og at muligheten til å velge når det gjelder muligheten for brå død er vanskelig fordi alle liv er jo like mye verdt, og at det er vanskelig å sette prislapp på et menneskeliv.

Denne korte oppsummeringen viser at det var høy konsistens mellom valgene respondentene tok og hva de begrunnet dette med. Mesteparten av respondentene har høyere utdanning, nærmere sagt universitet/høyskole. Gruppene Forvaltning og Stortingskomiteen/Prioriteringsråd hadde høy innsikt i det de fikk spørsmål fra om. De hadde ikke så mange spørsmål og trengte ikke spørre om så mye som studentene måtte. Men samtidig hadde også studentene høy konsistens i sine svar. Det viser at de skjønnte hva de svarte på, men de hadde ikke like mange begrunnelser/tanker som støttet det de svarte.

Begrunnelsene til de fleste respondentene som valgte prioritet til nære i spørsmål 1, alternativ 1 på spørsmål 2/6 og 100 A på spørsmål 5/9, la stor vekt på usikkerheten om hva som kan skje i framtiden. De mente for eksempel at pasienter kan jo dø i mellomtiden og at ulykker kan skje. Vi ser her at respondentene vektlegger usikkerhet som et viktig moment selv om vi har prøvd å framstille utfallene som like sikre i vårt spørreskjema. Respondentene er altså usikre på hva de får tilbake av investeringen de legger i helse, og denne usikkerheten øker jo lenger inn i framtiden investeringene inntreffer, bl.a. på grunn av endringer i samfunnet generelt og endringer i verdensbildet. De foretrekker å prioritere til det nære fordi risikoen for død og ulykker alltid ligger noen år fram i tid og dermed er preferansen for nære gevinster viktigere for dem når pasientene er i live.

De fleste mennesker har en aversjon mot risiko og foretrekker det nære som har liten risiko. Denne usikkerheten er en kjent del av individets tidspreferanse og er veldokumentert i ulike studier [4, 21, 22]. Denne risikoaversjonen er rasjonell fra individets synspunkt, men fra et samfunnsperspektiv er den ulogisk siden et individs dødsfall ikke betyr at hele samfunnet vil dø. Gitt at vi kan anta at samfunnet fortsetter som vanlig, bør denne usikkerheten rundt ulykker og død ikke være en faktor som beslutningstakere skal ta særlig hensyn til i sine avgjørelser, annet enn at de er klar over at et individ faktisk kan ha denne bekymringen [21].

Mange mente også at man må prioritere de som kan få behandling nå og trenger det mest, slik at de kan få hurtig respons, og dermed få helsegevinsten så fort som mulig. I tillegg mente de at de som kan produsere noe til samfunnet i nåtid bør prioriteres og derfor at alderen spiller en viktig rolle, for eksempel hvis det var snakk om 90-åringer i forhold til 20-åringer ville de prioritert annerledes. Noen mente også at en får folk raskere tilbake i arbeid og derav bedre økonomi ved å prioritere til det nære i stedet for å utsette det. En annen respondent velger å si at svaret avhenger av hvilken pris som er på markedet. Disse eksemplene på begrunnelser fra respondentene kan vi kategorisere som forstyrrende begrunnelser. Det ser ut som at hos en god del respondenter sniker det seg inn slike forstyrrende begrunnelser og en overvurdering av selve problemstillingen, som egentlig er ganske klar og enkel. Respondentene glemmer litt at det bare er den rene tidspreferansen vi er ute etter i denne studien. Dette viser hvordan enkelte respondenter tenker og trekker inn forstyrrende begrunnelser, selv om har laget et relativt enkelt og kort spørreskjema. Dette gir også en god pekepinn på hvorfor andre tidligere studier innenfor tidspreferanser har stor variasjon blant diskonteringsratene innenfor

helsedomenet. Dette diskuteres nærmere i avsnitt ”5.4 Resultater i forhold til tidligere studier”.

Denne usikkerheten og overvurderingen av problemstillingen kan vi også knytte til respondentenes utålmodighet/nærsynthet. Denne ”nærsyntheten”, som mange respondenter uttrykker i sine begrunnelser, betyr at individet har en mangel på langtidsperspektiv i sin tenkning eller planlegging. Sheldon 1992 mener blant annet at individets tidspreferanser er preget av slik nærsynthet og at dette ikke burde bli brukt innenfor samfunnsmessig beslutningstaking. Dette vil nemlig bety at for få ressurser blir satt til side for framtidens generasjoner [4, 21]. I våre resultater var det bare en liten del innad i hver gruppe som prioriterte til det nære, men det var viktig for oss å finne ut hvorfor de prioriterte som de gjorde.

I spørsmål 1 fant vi også en statistisk signifikant forskjell mellom økonomene og ikke-økonomene innad i forvaltningsgruppen, der økonomene hadde en høyere tidspreferanse enn ikke-økonomene. Økonomene hadde begrunnelser som at det er billigere å behandle det som er nært i framtiden og at man dermed forhindrer helsetap. Dette kan forklares av at økonomer har en tendens til å være markedsorienterte, og dermed mener at diskonteringsraten ikke skal være så lav. Dette stemmer med de resultatene vi har fått i scenario 1 og 2, der økonomene har den høyeste diskonteringsraten og lavest betalingsvillighet blant alle gruppene. I scenario 3 er de også blant de med høyest diskonteringsrate og lavest betalingsvillighet, selv om at i dette scenarioet har alle gruppene jevnt over høyere diskonteringsrate og lavere betalingsvillighet enn i de to andre scenarioene.

I scenario 3 var ikke problemstillingen når helsegevinsten kommer, men hvor lenge man får glede av den. I spørsmål 10 fant vi i resultatene våre at flertallet innad i hver gruppe, utenom studentene, vil prioritere de med mange leveår. De som valgte de med mange leveår, begrunnet dette med at de velger de som får flest år som de kan få glede av og at alderen spiller en viktig rolle. Jo yngre de er, jo mer fortjener de og bør prioriteres fordi de mest sannsynlig har flere leveår igjen enn de eldre. Noen velger også å tenke økonomisk og begrunner med at hvis man prioriterer de som har mange leveår får man igjen mest for pengene, altså er det mest kostnadseffektivt.

Flertallet blant studentene derimot mente at det heller burde være samme prioritet. Studentene, i likhet med andre respondenter som valgte samme prioritet, begrunner dette med

at man må følge likhetsprinsippet og at det er samme mengde penger som blir fordelt likt, og at selv om det er viktig med langsiktig behandling og at flere kan leve i mange år, er det også viktig å få med seg de som har færre leveår, for de kan få like mye kvalitet på det livet de har igjen. Livskvalitet har ikke noe å gjøre med antall leveår, mener de. Noen andre som valgte samme prioritet, valgte også å begrunne dette med at det er usikkert hva som skjer i framtiden. Det var dermed høy konsistens mellom de kvantitative og kvalitative svarene i spørsmål 10.

I spørsmål 11 fikk vi som resultat at flesteparten innad i hver gruppe prioriterte alternativ 1, utenom studentene der flesteparten prioriterte alternativ 2. De som valgte alternativ 1 begrunnet dette med at helsegevinsten er størst i gruppe A og at denne gruppen får glede av den i lengre tid. De fleste mente også at varigheten er den viktigste årsaken til hvorfor de valgte dette alternativet, noe som de mente var et veldig viktig aspekt. Noen var også konsistent med tidligere svar og valgte at den yngste gruppen skulle prioriteres (gruppe A) fordi de svarte prioritet til de med mange leveår på spørsmål 10.

De som derimot valgte alternativ 2 (samme prioritet) begrunnet dette med at begge grupper oppnår den maksimale levetid, og at det er viktig at de i den eldre gruppen (gruppe B) også får behandling selv om ingen av gruppene kommer ut igjen i arbeidslivet. Noen la også vekt på at hvis det var større aldersforskjell, hadde de kanskje prioritert annerledes.

I spørsmål 12 og 13 skulle de som valgte alternativ 1 velge en betalingsvillighet, og her fikk vi som resultat at flesteparten i forvaltningen og blant studentene hadde en betalingsvillighet på litt mindre, mens de i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet valgte en betalingsvillighet på en del mindre. I resultatene for dem som valgte alternativ 1 i scenario 3 fikk vi en median betalingsvillighet på 80.000 kr og en median diskonteringsrate på 2,26 %. Det er en liten forskjell i disse resultatene i forhold til de to tidligere scenarioene med en litt lavere betalingsvillighet og en litt høyere diskonteringsrate i dette scenarioet. Respondenter fra forvaltningen og Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet har lavest betalingsvillighet og høyest diskonteringsrate, mens i scenario 1 og 2 har studentene høyest betalingsvillighet og lavest diskonteringsrate.

Begrunnelsene for at de valgte en betalingsvillighet på en del mindre og endte opp på rundt 80.000 var at ved å velge gruppe A i alternativ 1, får man bare halvparten så mange leveår, men det trenger ikke bety at man skal betale halvparten så mye, men kanskje noe mellom det



og 100.000 kr, i følge respondentene. De mente også at man må vurdere hele generasjonens helsetilstand. Når det gjelder de friskeste, kan jo de leve mye lenger enn det som er oppgitt i problemstillingen. Her ser vi igjen den overvurderingen av problemstillingene og usikkerheten om hva som kan skje i framtiden har en betydning for hvordan respondentene tenker og velger.

Siden vi fikk så stor forskjell i resultatene i scenario 3 i forhold til scenario 1 og 2, forventet vi også en forskjell i siste spørsmål der respondentene skulle prioritere mellom behandling for disse to gruppene innenfor et gitt budsjett. Flesteparten av respondentene innad i hver gruppe valgte her å behandle 100 pasienter i gruppe A. Dette begrunnet de med kommentarer som at de får større helsegevinst totalt sett, og at en 20 % økning i antall behandlede ikke kan forsvare det å behandle 120 pasienter i gruppe B. Noen respondenter valgte også å regne ut antall QALYs i hver gruppe og mente at ved å velge gruppe A får man flest QALYs. Noen begrunnet også valget med at 60-åringer kan leve lenger enn 75-åringer. Man vet ikke hva som skjer i framtiden med de som er 70-75 år, men de har større risiko for sykdom og død enn 60-åringer.

Noen valgte også å svare "Usikker" på grunn av ulikheten i funksjonsnivå som kan være veldig forskjellig blant eldre folk og at det er veldig vanskelig å sette alder opp mot livslengde. Noen mente også at livskvalitet og prioritering er vanskelig. Her ser vi samme begrunnelser som gikk igjen i scenario 1 og 2 angående overvurdering av problemstillingen og usikkerhet og risiko rundt det som kan skje i framtiden.

## 5.4 Resultater i forhold til tidligere studier

Overvurdering, usikkerhet og «nærsynthet» kan være en mulig forklaring på de varierende diskonteringsratene vi har funnet i tidligere studier som er blitt gjort på tidspreferanser. Variasjonsområdet for seks tidligere studier vi har gjennomgått som er blitt gjort på tidspreferanserater innenfor helse, varierer fra 0–22,5 % (median) ved personlig preferanse for egen helse. Ved personlig preferanse for andres helse (samfunnsmessige) varierer tidspreferanseratene fra 0–20,4 %. Sentraltendensen i alle disse studiene er at tidspreferanseratene for egen helse ligger høyere enn for andres helse, og alle resultater som ble oppgitt var statistisk signifikante [4, 7, 8, 12, 16, 18].

Viktigste mulig forklaring på at både lekfolk og helsepersonell generelt valgte en lavere diskonteringsrate for offentlige beslutninger sammenlignet med private beslutninger som gjaldt dem selv, er at når respondentene tar valg for preferanser for andres helse (samfunnsmessig), innser de at samfunnet ikke bare er en samling av individer. Det innebærer også en generell verdsetting av at samfunnet er mer stabilt og har en mer forutsigbar fremtid enn individet [4]. Dette kan vi også sammenligne med vår studie der vi ser at respondentene som prioriterer det nære begrunner dette med usikkerheten i framtida. Disse er imidlertid i mindretall i motsetning til flertallet som mener at gruppene fortjener lik prioritet fordi man faktisk har mulighet til å tilby dette i dagens samfunn. Hvis dagens samfunn ikke hadde vært så stabilt som det er, hadde vi kanskje opplevd at flere valgte å prioritere til det nære blant respondentene.

Når vi går nærmere inn på tidligere studier hvor vi har undersøkt tidspreferanserater for personlig preferanse for andres helse, ser vi at diskonteringsratene (median) går fra 0–2,4 % [4], 20–19,9 % [18], 2,7–1,1 % [7] og 6,4–3,8 % [13]. Vi ser også at flere av disse diskonteringsratene synker over lange tidshorisonter og følger en hyperbolsk bane. I sammenligning med våre resultater ser vi at diskonteringsraten (median) som vi fikk i våre resultater ligger lavere enn flesteparten av resultatene til de tidligere studiene. Den studien som har mest like resultater som vi fikk, er studien til West et al. 2003 [4]. I denne studien innhentet forskerne tidspreferanser hos respondentene innenfor fire felt; personlig preferanse for egen økonomi, personlig preferanse for egen helse, personlig preferanse for andres økonomi og personlig preferanse for andres helse.

En mulig grunn for at de likevel fikk høyere diskonteringsrate enn i våre studier er for det første at de sammenblander alle disse ulike preferansene. Dette kan ha ført til at respondentene ble forvirret og usikker, siden de måtte ta stilling til så mange spørsmål og ulike tilstander. Dette kan muligens ha påvirket respondentene på den måten at rene tidspreferanser ikke har blitt innhentet, og derav resultatene.

Denne studien, i likhet med mange andre studier som blir nevnt videre i dette avsnittet, mangler det klare skillet mellom personlig preferanse for egen helse og personlig preferanse for andre helse. I tillegg hadde denne studien et stort utvalg av befolkningen som kanskje ikke hadde nok kunnskap til å svare på slike hypotetiske og detaljerte spørsmål. I vårt spørreskjema er dette mer oversiktlig, der eneste målet vårt var å innhente rene tidspreferanser for andres helse hos beslutningstakere, uten å trekke inn flere domener enn det. I motsetning til studien til West et al. har vi bl.a. intervjuet respondenter som ikke har vanskeligheter med å sette seg inn i slike situasjoner, siden dette er problemstillinger de opplever i jobben sin hver dag, i tillegg til at en svært høy prosentandel av respondentene er høyt utdannet innenfor helsefag/økonomifag. Noen andre aspekter ved studien til West et al. som kan ha ført til høyere diskonteringsrater enn oss, er at det er lett å tolke spørsmålene deres på flere forskjellige måter, og man mangler referansepunkter for hvordan subjektene mener deres helsetilstand forholder seg i forhold til de som blir oppgitt i spørreskjemaet.

En annen studie som har fått høye diskonteringsrater er studien til Lazaro et al. 2001 [18]. Forskerne brukte i denne studien 6 ulike typer spørreskjema, og de innhentet 1580 tidspreferanserater hos et utvalg av studenter. I resultatene for spørsmålene som gjaldt helse fikk de mye høyere tidspreferanserater enn hva vi fikk i våre resultater. En grunn til dette kan være at igjen så sammenblander forskerne flere ulike tidspreferanser, noe som kan gjøre studentene forvirret. I tillegg gjaldt spørsmålene over en lang og hypotetisk tidshorisont, noe som kan være svært vanskelig å sette seg inn i, særlig for studenter som ikke har den kunnskapen som beslutningstakere innehar. Subjektene i denne studien blir i tillegg litt ”styrt” til å svare i en retning, siden alternativene er såpass nærme hverandre i verdi at subjektene vil ”tro” at hvis de skal fylle inn noe selvstendig alternativ i form av verdi, bør/må det ligge i nærheten av det som allerede er gitt som alternativ. Dette kan ha ført til at vi har fått mer valide svar, og lavere diskonteringsrate i vår studie enn denne studien.

En annen studie som ville fastslå samfunnsmessig tidspreferanserater for blant annet helse, er studien til Meerding et al. 2010 [7]. I sine resultater fikk de diskonteringsrater (median) på 2,7 %, 1,3 % og 1,1 % forutsatt en 5, 10 og 40 års forsinkelse, innenfor personlig preferanse for andres helse (samfunnsmessig). Dette er resultater som vi kan sammenligne med våre resultater siden de er omtrent på like lavt nivå som våre. Men som i de forrige studiene vi har gjennomgått mangler også det klare skillet mellom personlig og samfunnsmessige preferanser her. Forskerne velger å inkludere fire forskjellige domener som respondentene skal svare på, og selv om respondentene jobber innenfor helse, kan det være at mange synes at dette blir forvirrende. Forskerne bruker også en forsinkelse på 40 år i spørsmålene, noe som er ganske lenge og vanskelig for mange av subjektene å sette seg inn i. Spørsmålstitreringen de brukte kunne også vært bedre forklart slik at spørsmålene ble lettere forståelig. Derav kan man ikke med sikkerhet si at de har lyktes med å innhente respondentenes rene tidspreferanser.

Den siste studien vi har gjennomgått og som vi kan sammenligne våre resultater med er studien til Cairns og van der Pol 2000 [13]. Deres resultater ga i den valgbaserte metoden diskonteringsrater (median) på 6,4 %, 5,7 % og 3,8 % ved en tidshorisont på henholdsvis 5, 8 og 13 år. Ved å sammenligne med våre resultater har de altså fått litt høyere diskonteringsrater for personlig preferanse for andres helse, noe som kan skyldes det utvalget de brukte. Et tilfeldig utvalg av 5120 personer blant befolkningen kan føre til et veldig variert kunnskapsnivå, der kanskje de ulike problemstillingene ble altfor abstrakt, og mange skjønnte kanskje ikke helt hva de svarte på eller konsekvensen av svarene de ga. I tillegg ble spørreskjemaet sendt per post noe, som kan ha ført til at subjektene hadde mulighet til endre på svarene sine underveis, etter hva de kanskje "følte" var riktig å svare med hensyn til hva som er normen i samfunnet. At studien ble utført hjemme kan også ha ført til at subjektene ikke har brukt nok tid til å sette seg inn i problemstillingene og lest spørsmålene godt nok. I tillegg er det negativt at spørsmålene sier lite om styrken til preferansene. Subjektene må velge mellom to låste alternativer som forteller oss bare om subjektet foretrekker nåtid eller framtid. Forskerne hadde heller ikke med nullpreferanse i denne studien. Derfor kan man ikke sammenligne de to metodene som blir brukt i studien. Dette kan ha ført til at de rene tidspreferansene hos respondentene ikke ble innhentet.

En annen svakhet ved alle disse fire studiene er at subjektene ikke får muligheten til å argumentere for valgene sine, og dermed kan man ikke se ut fra resultatene hvorfor respondentene valgte som de gjorde. I vår studie derimot har vi mulighet til å gå inn på hvert enkelt spørsmål og se på de kvalitative resultatene hvorfor respondentene valgte som de gjorde og grunnene til dette. Dermed kan man se om respondentene er konsistente i svarene sine.

Et annet viktig moment som kan ha resultert i høye diskonteringsrater i flere av disse tidligere studiene, er at det ikke ble utført en prinsipiell, kvalitativ, reflekterende tilnærming. Det betyr at respondentene ikke fikk anledning til å gjøre seg opp en mening om hvilke argumenter som er relevante og hvilke momenter de selv mener det er riktig å vektlegge. Forskerne har i sine spørreskjemaer lagt opp til at respondentene blir ledet rett til de kvantitative målingene, noe som kan ha gitt svar med lav validitet. Bare i studien til Lazaro et al. 2001 [18] ble det utført en slik tilnærming, og i studien til Cairns og van der Pol 2000 [13] ble det utført en slik delvis tilnærming, der subjektene ble satt godt inn i tilstanden som de skulle ta standpunkt til og besvare.

I tillegg til vår studie, har også studiene til Meerding et al. 2010 [7] og studien til West et al. 2003 [4], resultert i en median diskonteringsrate for personlig preferanse for andres helse som er lavere enn den som brukes og er anbefalt i retningslinjene per dags dato [23].

## 5.5 Tolkningstvil og svakheter

I de tidligere studiene som vi har gjennomgått og undersøkt har det, i likhet med vår studie, vist seg å være en del inkonsistens i svar blant respondentene. Dette kan dels skyldes at subjektene ikke har forstått spørsmålene de har blitt stilt, de har blitt forvirret av alle de ulike preferansene de skulle gi uttrykk for, eller at tidshorisontene har vært for lange slik at det var vanskelig for respondentene å sette seg inn i disse. I tillegg er det flere tidligere studier som har brukt den generelle befolkningen som utvalg, og da kan man ikke vite hvor høy kunnskapen blant disse er til å ta slike valg som skal gjelde både for individet og for samfunnet som helhet.

I vårt spørreskjema har vi prøvd å unngå slike svakheter ved å lage et enkelt skjema og med alle utfall som like sikre. I tillegg har vi en relativ kort hypotetisk tidshorisont på 2 og 12 år der de fleste respondentene er vant med nærlignende problemstillinger i jobbhverdagen sin. Men likevel har vi observert en del svakheter og tolkningstvil blant svarene, noe som først og fremst har åpenbart seg gjennom de kvalitative resultatene.

Noen respondenter hadde kommentarer om at i fremtiden kan det komme en ny medisin til den andre gruppen som får behandling senere. Siden dette ikke gir uttrykk for respondentenes rene tidspreferanse tok vi med en setning om at slik utvikling innenfor medisin skulle utelukkes i problemstillingene til spørsmål 2 og videre i spørreskjemaet. Det impliserte at i spørsmål 1 hvor dette ikke var oppgitt, valgte noen respondenter prioritet til det nære på det grunnlaget at det kan komme en medisinsk løsning for den andre gruppen i fremtiden. Noen valgte også å trekke inn at de er usikre på hva de skal svare fordi alderen til pasientene og hvor mange år pasienten får av selve behandlingen spiller en viktig rolle for hvordan de vil prioritere. Her ser vi igjen denne overvurderingen som jeg har nevnt i tidligere avsnitt, sniker seg inn hos respondentene, noe som fører til at de glemmer at det bare er den rene tidspreferansen vi er ute etter. En annen overvurdering som sniker seg inn hos respondentene er at de trekker inn for eksempel Markov-modellering og ulike økonomiske beregninger som begrunnelser for valgene sine, noe som ikke er nødvendig for å ta slike valg med hensyn på de rene tidspreferansene vi ville innhente. Men dette er samtidig viktig å få frem som en årsak til hvorfor respondentene valgte slik som de gjorde selv om vi prøvde å framstille utfallene som like sikre.

En annen inkonsistens som oppsto var at noen respondenter valgte alternativ 1 med den begrunnelsen at diskontering er løsningen, fordi helsegevinsten nå ikke er den samme som senere. I vårt spørreskjema skrev vi i spørsmålsstillingen at helsegevinstene er de samme, de kommer bare til forskjellige tider. Selv om vi hadde denne setningen, ble den enten oversett eller ikke tatt høyde for på grunn av egne meninger.

Noen valgte også å trekke inn at det ikke er her prioriteringen ligger i helsevesenet, at premissene i oppgaven er feil i forhold til virkeligheten, siden 100.000 kr er en veldig lav pris, og at i tillegg er det ikke Legemiddelverket som bestemmer betalingsvilligheten. Vi som intervjuere prøvde da å si at problemstillingene var satt litt på spissen av den grunn at vi ville innhente rene tidspreferanser hos respondentene. Derfor var spørsmålene satt opp på denne måten.

En stor del av respondentene valgte også alternativet ”Usikker”, særlig gjaldt dette spørsmål 5, 9 og 14, med begrunnelser som at det er en etisk problemstilling og at beløpet (100.000) ligger langt innenfor det norske helsevesens betalingsvillighet, og at begge grupper vil være høyt prioriterte siden de er så unge. Selv om vi som intervjuere påpekte at vi har satt problemstillingene litt på spissen for å rendyrke tidsforskjellen, valgte altså noen å bringe inn slike detaljer.

En annen feiltolkning var at selv om vi i problemstillingen i scenario 3 oppga at de med sykdom A ikke resulterte i tilbakeføring til arbeid, valgte likevel noen respondenter dette alternativet fordi de mente gruppen kan bidra til samfunnet ved å arbeide etter behandlingen er ferdig. Dette kan skyldes at respondentene satt seg for dårlig inn i problemstillingen eller har misforstått.

## **5.6 Svakheter/begrensninger med vår studie**

Noen svakheter og begrensninger er viktig å nevne ved denne studien. Studieutvalget vi fikk, både sammenlagt og hver for oss, er litt mindre i forhold til det som kunne vært oppnådd. Man kunne selvsagt for eksempel intervjuet flere studenter osv., men på grunn av tidsbegrensninger, arbeidsomfang og geografiske begrensninger ble utvalget på 106 personer totalt og 53 respondenter på hver av oss. Man kan selvfølgelig ikke vite med stor sikkerhet at det har oppstått misforståelser blant respondentene da de leste vårt spørreskjema. Men ved å gå gjennom de kvantitative og kvalitative resultatene, ser det ut som at det bare er en liten inkonsistens i respondentenes begrunnelser/kommentarer til hvorfor de valgte som de gjorde.

En annen svakhet ved studien vår er at studentene fikk et spørreskjema som var litt annerledes enn det de to andre gruppene fikk, der eneste forskjellen gjaldt spørsmål 12. Studentene ble her spurt om litt andre betalingsvilligheter som alternativ, altså fikk de muligheten til å kunne gi en høyere betalingsvillighet enn de andre to gruppene. Men i og med at ingen av studentene faktisk valgte en høyere betalingsvillighet fikk ikke dette noe direkte utslag på resultatene våre.



## 6 Konklusjon

Gjennom våre resultater har vi fått en median diskonteringsrate for personlig preferanse for andres helse som er lavere enn den som vanligvis brukes eller er anbefalt i retningslinjene per dags dato [24]. Hovedfunnene vi har fått tilsier at samfunnsmessige beslutningstakere mener at forskjellen i tid ikke er av stor betydning når det gjelder prioritering mellom to like og forebyggende tiltak der eneste forskjellen er når de opptrer i tid.

I tillegg har vi funnet ut at samfunnsmessige beslutningstakere mener at når det dreier seg om hvor lenge man får glede av helsegevinsten, er de ikke så høy opptatt av likhet, men prioriterer de som får den største helsegevinsten og den som varer lengst. Verdsettingen var imidlertid langt mindre enn proporsjonal med varigheten siden respondentene som valgte alternativ 1 (preferanse for sykdom A) var villig til å betale 80 % for en effekt som bare var halvparten så stor.

Varighet og avstand i tid er to forskjellige ting, som man ikke kan forvente kan dekkes av en og samme diskonteringsrate, slik det gjøres i konvensjonell kostnad-per-QALY-analyse (CUA).

Søk på ulike og relevante databaser gav ikke resultater med hensyn til å finne andre studier som har innhentet slike rene tidspreferanser, og ingen av studiene det er referert til har fått like lave diskonteringsrater. Resultater av denne studien er relevant for framtidige analyser innenfor helseøkonomi. De taler for at forebyggende tiltak ilegges samme prioritet som kurative tiltak når begge har samme kostnad, effekt og helsegevinst, og der bare forskjellen i tid er ulik. I tillegg taler de for at beslutningstakere mener at størrelsen og lengden på helsegevinst er viktigere enn likhet.

Problemstillingen vår var hypotetisk og konstruert for å innhente rene tidspreferanser, men den gir likevel en pekepinn på hva samfunnsmessige beslutningstakere tenker og mener når slike problemstillinger oppstår. Resultatene vil sannsynligvis skape debatt, siden argumentene for og imot å bruke en lavere diskonteringsrate innenfor helse er svært mange. I tillegg bidrar resultatene til debatten som allerede pågår; om helse skal diskonteres på lik linje med kostnader.

## 7 Litteraturliste

1. Kristiansen, I.S., *G18 Legemiddeløkonomi – pasientens venn eller fiende, Norsk legemiddelhåndbok 2010.*
2. Olsen, Jan Abel. (2006). *Helseøkonomi – effektivitet og rettferdighet*. 3. utg. Oslo, J.W. Cappelens Forlag AS. 158 s.
3. NOU (1997:18), *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet
4. West R.R., McNabb R., Thompson A.G., Sheldon T.A., Grimley Evans. J. (2003). Estimating implied rates of discount in healthcare decision-making. *Health Technology Assessment*, 38 (7): 1-60
5. NOU (1998:10), *Fondering av folketrygden?. Kap. 4.2.2 Hyperbolsk diskontering og inkonsistente planar*, Finansdepartementet.
6. Statens Legemiddelverk. *Retningslinjer til refusjonssøknad. Norske retningslinjer for legemiddeløkonomisk analyse til bruk ved refusjonssøknader*. (Lest 15.05.2012); Tilgjengelig på: [http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_16509.aspx](http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_16509.aspx)
7. Meerding W.J., Bonsel G.J., Brouwer B.F., Stuijbergern M.C., Essink-Bot M-L. (2010). Social Time Preferences for Health and Money Elicited with a Choice Experiment. *Value in health*, 4 (13): 368-374
8. Wisløff T., Abrahamsen T.G., Bergsaker M.A.R., Løvoll Ø., Kristiansen I.S. (2006). Vaksinerer – er det verdt pengene?. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 20 (126): 2670-2673
9. Olsen, J.A. (1993). Time preferences for health gains: an empirical investigation. *Health Economics*, 2 (3): 257-265
10. Olsen, Jan Abel. (2009). *Principles in Health Economics and Policy*. 2.utgave. New York, Oxford University Press Inc. 224 s.

11. Dolan, Paul & Olsen, Jan Abel. (2002). *Distributing health care: Economics and ethical issues*. 1.utgave. New York, Oxford University Press Inc. 153 s.
12. Robberstad, B. (2005). Estimation of private and social time preferences for health in northern Tanzania. *Social science & medicine*, 61 (7): 1597-1607
13. Cairns J.A. & van der Pol M.M. (2000). The estimation of marginal time preference in a UK-wide sample (TEMPUS) project. *Health Technology Assessment*, 4 (1): 1-85
14. Weinstein, M.C. & Stason, W.B. (1977). Foundations of cost-benefit analysis. *New England Journal of Medicine*, 296: 716-721
15. Cairns, J. & van der Pol, M. (1997). Constant and decreasing timing aversion for saving lives. *Social science & medicine*, 45 (11): 1653-1659
16. Cropper, M.L., Aydede, S.M., Portney, P.R. (1991). Discounting human lives. *American Journal of Agricultural Economics*, 73 (5): 1410-1415
17. Brouwer, W.B.F. & van Exel, N.J.A. (2004). Discounting in decision making: the consistency argument revisited empirically. *Health Policy*, 67 (2): 187-194
18. Lazaro, A., Barberan, R., Rubio, E. (2001). Private and social time preferences for health and money: An empirical estimation. *Health economics*, 10 (4): 351-356
19. Bleichrodt, H. & Johannesson, M. (2001). Time preference for health: A test of stationarity versus decreasing timing aversion. *Journal of Mathematical Psychology*, 45 (2): 265-282
20. Chapman, G.B. (2002). Your money or your health: Time preferences and trading money for health. *Medical Decision Making*, 22 (5): 410-416
21. Sheldon, T.A. (1992). Discounting in health care decision-making: time for a change? *Journal of Public Health Medicine*, 14 (3): 250-256
22. Parsonage, M. & Neuburger, H. (1992). Discounting and health benefits. *Health economics*, 1 (1): 71-79

23. Statens Legemiddelverk. *Retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser*. (Lest 15.05.2012); Tilgjengelig på: <http://www.slv.no/upload/165659/11-08350-28%20Endelige%20reviderte%20retninglinjer%201%20%20mars%202012%20docx%20222688.pdf>

## 8 Appendiks

### 8.1 Tidligere studier gjort på tidspreferanse for helsegevinster og utvalgte eksempler på spørsmål fra disse

#### 8.1.1 Studie 1

Cairns og van der Pol 1997 undersøker i sin studie den tradisjonelle modellen for tidspreferanser som er preget av konstant aversjon mot fjernhet. Forskerne mener at data som er tilgjengelig tyder på at den tradisjonelle modellen for tidspreferanser ikke er en hensiktsmessig forutsetning. I studien undersøker de holdepunkter for konstant og avtagende aversjon mot fjernhet med hensyn til livreddende tiltak, og de vurderer tre diskonteringsmodeller; den konstante diskonteringsmodellen, den proporsjonale diskonteringsmodellen og den hyperbolske diskonteringsmodellen. Data samlet inn fra allmennheten blir brukt til å teste den konstante aversjon mot fjernhet-modellen. I studien ble 473 mennesker valgt fra befolkningen i Aberdeen, som fikk et spørreskjema i posten. Spørreskjemaet inkluderte seks intertemporale valg: to livreddende, to private økonomiske valg og to samfunnsmessige økonomiske valg. Deltakerne ble blant annet bedt om å angi på hvilket nivå fremtidige pensjonsytelser som vil gjøre at de likestiller en spesifisert fordel, med hensyn til det å være mottatt ett år fra i dag, mot enda lenger frem i tiden; enten kortsiktig (2-8 år) eller langsiktig (12-19 år). Et eksempel på spørsmål som respondentene ble stilt innenfor livreddende valg, var at de ble bedt om å sammenligne to programmer, et som ville redde 1000 liv ett år i fremtiden, og et annet som vil koste det samme og som også vil spare X liv, men dette spørsmålet gjaldt videre inn i fremtiden. For å undersøke private økonomiske valg, ble deltakerne bedt om å angi hvilken sum av penger som ville føre dem til å likestille 500 pund som de mottar ett år fra nå av, i forhold til en mer forsinket og fjerntliggende sum (disse spørsmålene ble ikke gjengitt i artikkelen). De samfunnsøkonomiske valgene involverte summer mottatt av lokalsamfunnet for investeringer innenfor offentlig transport. I denne del av studien ble deltakerne bedt om å svare på spørsmål ved å velge verdier fra en rekke av tilbud, og dermed svare eller angi en verdi av sine egne valg (disse spørsmålene ble ikke gjengitt i artikkelen) [15].

### Eksempel på spørsmål fra studien:

Du har valget mellom to programmer og du skal velge det alternativet du mener er best:

Program A: Redder 1000 liv 1 år i fremtiden

Program B: Koster like mye som program A, vil spare X liv, men ligger lenger frem i fremtiden.

Hvor mye mener du program A er verdt i penger i forhold til program B: \_\_\_\_\_

Du kan også velge verdien du mener er riktig ut i fra en liste (ble ikke gjengitt i artikkelen).

### Resultater:

Cairns og van der Pol 1997 kunne konkludere med at funnene viser sterke holdepunkter for den synkende aversjonen mot fjernhet i tid og sterke holdepunkter mot den konstante aversjon mot fjernhet i tid. Den implisitte diskonteringsrate er en funksjon av de faste forskjeller i tidspunktet for to fordeler, og hvor langt fram i fremtiden disse fordelene oppstår. Forskerne konkluderer med at det er betydelige holdepunkter for synkende aversjon mot fjernhet i tid. Disse funnene ble funnet for både private og samfunnsøkonomiske valg. Det er ulike syn på den aktuelle sammenhengen mellom individuelle tidspreferanser og den samfunnsmessige diskonteringssatsen. Dermed gir dette holdepunkter for den synkende aversjonen mot fjernhet i tid og holdepunkter mot den konstante aversjonen mot fjernhet i tid. Dette trenger ikke påvirke valg gjort med den samfunnsmessige diskonteringssatsen, men på den andre siden, hvis et betydelig antall av individene gir uttrykk for synkende aversjon mot fjernhet i tid, er dette relevant når man skal vurdere helsepåvirkende atferd og hvordan man kan påvirke disse individene [15].

## **8.1.2 Studie 2**

I en annen studie gjort av Cropper et al. 1991 konfronteres enkeltpersoner med valg mellom hypotetiske livreddende programmer. Denne undersøkelsen omhandler individers marginale rater ved substitusjon mellom liv reddet på ulike tidspunkter i fremtiden. Ved å intervjuer enkeltpersoner gjennom stikkprøver og konfrontere dem med valg mellom hypotetiske livreddende programmer, antyder forskerne marginale substitusjonsbrøker for sparte liv, på forskjellige tidspunkt. Forskerne er interessert i om disse ratene er forskjellige for ulike

tidspunkter i fremtiden, eller om de er konstante, og om de varierer systematisk med enkeltpersoner eller sosioøkonomiske egenskaper. Forskerne gjorde en telefonundersøkelse i USA der respondentene ble bedt om å ta rollen som offentlige beslutningstakere der de måtte velge mellom to livreddende programmer. Hver respondent ble presentert med bare ett eksempel som sammenligning, men antall liv reddet og tiden (5, 10, 25, 50 og 100 år), varierte tilfeldig over hvilke respondenter som fikk spørsmålene. Noen ble også spurt om hvilke faktorer som førte dem til å gjøre valget. Studieutvalget besto av 1000 medlemmer av befolkningen i Maryland, 1200 i Washington DC samt 1000 personer fordelt på resten av USA [16].

#### Eksempel på spørsmål fra studien:

##### Spørsmål 1:

Uten nye programmer tilgjengelig, vil 100 personer dø i løpet av dette året på grunn av forurensning, og 200 personer vil dø 50 år fra nå av. Regjeringen må velge mellom disse to programmene som koster det samme, men det er bare nok penger til et program.

Program A vil spare 100 liv nå.

Program B vil redde 200 liv 50 år fra nå av.

Hvilket program ville du velge? \_\_\_\_\_

#### Resultater:

Cropper et al. 1991 satte i sin konklusjon søkelyset på valget mellom livreddende programmer over lengre tidshorisonter (25, 50, og 100 år). Da de vurderte resultatene, så de at over slike lange tidshorisonter var en betydelig andel av respondentene uvillige til å velge hvilket som helst fremtidsrettet program, først og fremst fordi de følte at i framtiden ville samfunnet finne en måte å redde mennesker på uansett. Denne uvilligheten baserte respondentene også på selvtilliten de hadde innenfor teknologiske framskritt, og respondenter som ønsket å redde liv i nåtiden viste usikkerhet angående det å bruke fremtiden som en grunn for å være orientert i nåtiden. Selv om forskerne eliminerte respondentene som følte at det var unødvendig å foreta

en avveining mellom sparte liv i dag og i fremtiden, ville diskonteringsraten for livreddende program virke høye. Forskerne konkluderte også med at forutsatt en konstant eksponentiell diskontering, er den gjennomsnittlige diskonteringsraten 6,5 % over en 25-års periode og 2,7 % over en 100-års periode. Disse funnene gjenspeiler også det faktum at individer ikke diskonterer ved en konstant eksponentiell rate [16].

Utvalg: Husholdninger i USA

Antall: n = 1600

Metode: Telefonintervju

Mål: Innhente samfunnsmessige tidspreferanser hos respondentene ved valg mellom livreddende programmer over en tidshorisont

Resultater:

(Forutsatt konstant eksponentiell diskontering)

	Tidshorisont		
	25 år	50 år	100 år
Diskonteringsrate (gjennomsnittlig)	6,5 %	5,3 %	2,7 %

### 8.1.3 Studie 3

Brouwer og van Exel 2004 prøver i en annen studie å fremlegge en preliminær test for å relatere diskonteringsrate til vekstrate, som de mener er en viktig vei mot å finne ordentlige diskonteringsrater for kostnader og effekter. I studien blir det brukt et ulikt antall sett av helseforebyggende programmer som skal teste studenter som i fremtiden kommer til å avgjøre diskonteringsavgjørelser innenfor helsevesenet. Forskerne vil teste om studentene er følgeriktige i deres preferanser mellom nåværende og framtidige kostnader, og innenfor nåværende og framtidige helseeffekter til bruk i økonomiske avgjørelser. Forskerne mener det er støtte for at virkelige forskjeller i helsekapital kan fungere som basis for diskonteringsrate i stedet for å bruke konstante og like rater for kostnader og effekter.



I tillegg ble det undersøkt om vekstraten for helse er relatert til diskonteringsraten for helse. Selve testen ble gjort på studenter som gikk enten første, andre eller tredje år ved Departementet for Helsepolitikk og Helseforvaltning, og totalt 90 studenter fullførte testen. Gjennomsnittsalderen var 22,6 år (mellom 17-45 år) og 77,8 % var kvinnelige studenter.

Studentene ble stilt forskjellige spørsmål som gjaldt valg på vegne av befolkningen hvis de var framtidige beslutningstakere innenfor helse. Respondentene måtte først sammenligne fem par av de hypotetiske program som ble brukt av Weinstein og Stason (se Weinstein og Stason 1977)[14], beskrevet ene og alene på kostnadene og på effektene for når dette ble oppnådd i tid. Respondentene kunne velge enten program A eller program B, motsatt, eller ikke velge noen av de to. Deretter ble de spurt ved to separate valg, å sammenligne to program og deretter velge hvilket nivå av helse og helseeffekter de måtte ha oppnådd for å velge program B i motsetning til program A. Og så ble de spurt om å ta et avgjørende valg mellom program A eller B, med liknende karakteristikk som valg 2 i første fase, men med ekstra informasjon: program A er helbredende mens program B bare beskytter mot videre forverring. Til slutt ble de spurt om deres forventninger om fremtidig helse og rikdom siden dette muligens kunne påvirke den relative verdien av fremtidige kostnader og effekter.

Valg 1 involverte to program som koster 70.000 guilders nå (1 guilder = ca. 0,45 Euro).

Program A sparer ett vunnen livsår med en gang, mens program B sparer ett vunnen livsår om 40 år. Personer som har en positiv tidspreferanse for helse vil foretrekke program A over program B.

Valg 2 var likt som det første, men her er også kostnadene til program B pådratt 40 år fra nå.

Valg 3 skulle personene sammenligne de to programmene, mens den ene kostet 10.000 guilders nå og gir ett vunnen livsår nå og det andre koster 70.000 guilders på 40 år og gir ett vunnen livsår på 40 år. Gitt en felles 5 % diskonteringsrate, vil 70.000 guilders på 40 år tilsvare omtrent 10.000 guilders nå. Derfor vil kostnadene for begge programmene bli lik. Personer med null tidspreferanse for helse og en konstant tidspreferanse på 5 % for kostnader ville derfor likestilt disse to programmene.

Valg 4 involverte et valg mellom et program som koster 10.000 guilders nå og et program som koster 10.000 guilders om 40 år, der begge gir ett vunnen livsår fra nå.

Til slutt var det valg 5 som involverte sammenligning av program A som koster 70.000 guilders og som gir ett vunnen livsår både på 40 år mot program B som koster 10.000 guilders nå og som gir  $1/7$  vunnen livsår fra nå av.

I andre del av studietesten var målet å finne ut en diskonteringsrate for framtidige effekter på to forskjellige måter. Først ble de to programmene presentert;

Program A som koster 70.000 guilders nå og gir ett vunnen livsår nå, mens program B gir ett vunnen livsår på 40 år [17].

Eksempel på spørsmål fra studien:

Spørsmål 1: Velg et av disse tre alternativene:

1) Hvor mye skal program B maksimalt koste nå for at du skal foretrekke program B framfor program A?

Velg mellom kostnadsintervaller fra 0-100.000 guilder (med intervaller på 10.000): \_\_\_\_\_

2) Du kan få lov til å skrive ned det beløpet du vil (som er høyere enn 100.000 guilders): \_\_\_\_\_

3) Ville aldri foretrukket program B i det hele tatt uansett hva det vil koste (sett kryss): \_\_\_\_\_

Spørsmål 2: Sammenlign de programmene A og B.

Program A koster 70.000 guilders nå og gir 1 livsår nå, mens program B koster også 70.000 guilders nå og gir en ukjent mengde av effekter (eksempel vunne leveår) på 40 år.

Velg ett av disse tre alternativene:

1) Hvor mange vunne leveår burde program B minst gi for at du skal velge program B framfor program A?

De mulige valgene er: 0-9 vunne livsår (du må skrive ned intervall på 1 livsår):\_\_\_\_\_

2) Du kan få love til å skrive ned det tallet du vil på vunne livsår (som er høyere enn 9):\_\_\_\_\_

3) Jeg ville aldri foretrukket program B framfor program A uansett hva størrelsen på effekten er (sett kryss):\_\_\_\_\_

Spørsmål 3: Sammenlign de to programmene A og B (se tabell 2),

og i tillegg får du informasjon om at program A er et kurativt (helbredende) program, hjerteoperasjon, som gir en 40 år gammel mann 1 ekstra vunne livsår. Mens program B er et preventivt program med preventiv medisin for nyfødte, som gir de 1 ekstra vunne leveår på 40 år, som et resultat av bedre hjertefunksjon.

1) Ville du da ha valgt

program A:\_\_\_\_\_

program B:\_\_\_\_\_

Jeg anser program A og B som likeverdige:\_\_\_\_\_

## Resultater:

I den empiriske studien til Brouwer og van Exel 2003 undersøkte de konsistensen blant valg gjort mellom ulike helseprogram, liknende de helseprogram brukt av Weinstein og Stason [14], for å illustrere deres konsistensargument. Resultatene viste at respondentene ikke fulgte denne konsistensteorien., Svarene deres var dermed inkonsistente. Dette impliserer ikke at konsistensargumentet er ukorrekt, siden det er et teoretisk argument som ikke kan bli forkastet av en empirisk analyse.

Utvalg: Studenter ved departementet for helseøkonomi og ledelse

Antall:  $n = 90$

Metode: Spørreskjema

Mål: Innhente tidspreferanser hos respondentene for helse og penger i fem kombinasjoner av livreddende program

Valg 1: 88,9 % av respondentene valgte program A i stedet for program B, der program A redder 1 liv i "nåtid" mens program B redder 1 liv om 40 år. Dette viser at respondentene hadde en positiv tidspreferanse for helse. Gjennomsnittlig diskonterte respondentene framtidige effekter.

Valg 2: Valget her var likt som det første, men her inntreffer også kostnadene av program B også om 40 år. Gitt en positiv tidspreferanse for kostnader, vil et skifte til å favorisere program B bli forventet her. 52,2 % av respondentene valgte her program A som betyr at majoriteten av respondentene diskonterte helse mer enn penger.

Valg 3: 73 % av respondentene valgte program A som tilsier at de valgte programmet som koster 10.000 guilders i "nåtid" og som gir 1 vunnen livsår nå i kontrast til program B som koster 70.000 guilders om 40 år og gir 1 vunnen livsår om 40 år. Gitt en diskonteringsrate på 5 %, er de 70.000 guilders i program B om 40 år verdt like mye som 10.000 guilders i "nåtid", derfor er kostnadene i de to programmene like. Respondenter med "null" tidspreferanse for helse og med konstant tidspreferanse på 5 % for kostnader burde likestilt disse to valgene (dette gjaldt bare 4,4 % av respondentene).

Valg 4: Respondentene skulle velge mellom et program (A) som koster 10.000 guilders i ”nåtid” og et annet (B) som koster 10.000 guilders om 40 år, der begge gir 1 vunnen livsår i ”nåtid”. Respondenter med en positiv diskonteringsrate for kostnader burde velge program B. Dette gjaldt 57 % av respondentene, mens 36,7 % hadde en negativ tidspreferanse for penger.

Valg 5: Her skulle respondentene sammenligne program A som koster 70.000 guilders og som gir 1 vunnen livsår om 40 år, med program B som koster 10.000 guilders i ”nåtid” og gir 1/7 vunnen livsår i ”nåtid”. Dette er nøyaktig samme spørsmål som respondentene fikk i valg 2 (mht. kostnad-effekt brøk). Eneste forskjellen er at program A er byttet med B og program B er blitt delt på 7. Resultatet burde derfor her bli liknende mht. tidspreferanser, nemlig at de med samme tidspreferanse for helse og penger burde likestilt disse to programmene. Men nå valgte 50 % av respondentene program B i stedet for program A, sammenlignet med 52,2 % i valg 2. Det var 35,9 % som favoriserte program A (mot 24,2 % i valg 2), og 13,5 % likestilte disse to programmene (mot 23,3 % i valg 2). Omtrent halvparten av respondentene (50,6 %) skiftet altså preferanse (eller likestilling) sammenlignet med valg 2. Av den grunn kan man se at utformingen av beskrivelsen på de forskjellige programmene hadde påvirkning på valget som respondentene gjorde.

Resultatene viser at bare et mindretall av respondentene bruker samme diskonteringsrate for kostnader og effekter, selv når de ble bedt om å svare som en framtidig beslutningstaker på vegne av samfunnet. Noen respondenter avslørte en veldig sterk tidspreferanse, noe som kan bli vurdert som uønsket og urettferdig fra et samfunnsmessig perspektiv. Respondentene ser ut til å relatere deres forventninger om framtidig levealder til sin relative verdsettelse av framtidige effekter. Dette indikerer at en trenger bedre undersøkelser for tidspreferanser hos individuelle respondenter [17].

### 8.1.4 Studie 4

I en annen studie, gjort av West et al. 2003 undersøker forskerne

- om det er avvik mellom implisitte diskonteringsrater fra perspektivet til individuelle og samfunnet.
- om implisitte diskonteringsrater innenfor helse skiller seg fra de implisitt i valgene som involverer finans eller "varer".
- empiriske estimater av diskonteringsraten implisert av valg gjort av individene for dem selv sammenlignet med valg gjort for samfunnet.
- empiriske estimater av diskonteringsraten implisert av valg som involverte helse sammenlignet med de som involverte "rikdom".

Studien omfattet først en gjennomgang av økonomi, helseøkonomi, samfunnsvitenskapslitteratur og deretter et empirisk anslag av implisitte diskonteringsrater innenfor fire felt: personlig økonomisk, personlig helse, offentlig økonomisk og folkehelse, i representative utvalg av det offentlige og arbeidstagere innenfor helsevesenet.

Prøvene ble trukket i det tidligere fylke- og helsemyndighetsdistriktet South Glamorgan, Wales. Det offentlige utvalget var et representativt tilfeldig utvalg av menn og kvinner ( $n = 385$ ), aldersgruppen var over 18 år og trukket fra manntallsregisteret. Helsepersonellutvalget ( $n = 180$ ) ble trukket tilfeldig og omfattet leger, sykepleiere, relaterte yrker innenfor medisin, offentlige helseplanleggere og helseadministratorer. Det offentlige utvalget ble intervjuet hjemme, mens helsepersonellutvalget ble intervjuet på jobben av en erfaren intervjuer som brukte et spørreskjema.

For å undersøke hvordan respondentene verdsetter fremtiden ble de stilt en rekke spørsmål der de måtte gjøre valg mellom hendelser som kan skje nå og eller en gang i fremtiden [4].

Eksempel på spørsmål fra studien:

Spørsmålgjengivelse fra artikkelen:

Vi er interessert i hvordan du verdsetter fremtiden. Følgende finner du en rekke spørsmål som innebærer å gjøre valg mellom nå og en gang i fremtiden. Hver hendelse kan skje enten nå eller en gang i fremtiden. Vi ønsker å vurdere to valg og du skal bestemme om du tror hendelsen som skjer nå (a) er bedre eller verre enn om hendelsen skjedde noen gang i fremtiden (b). Vi ber deg om å velge en verdi/antall for (b) som vil gjøre valget for deg, se (a) og (b), som likeverdig.

For å hjelpe med forklaringen, det første spørsmålet er besvart for deg som et eksempel: (ikke gjengitt her).

De neste fire spørsmålene er om helseutfall.

Vennligst oppgi om du tror a) er bedre eller verre enn b), som før:

Q5a) Du vurderer en influensa vaksinerings for å beskytte deg mot influensa. Du kan ta en vaksinasjon enten:

a) nå og få 100 dager med frihet fra influensa

eller

b) om tre års tid og få 200 dager med frihet fra influensa

Tror du at a) er bedre eller verre enn b)?

Mye bedre 1

Bedre 2

Liknende 3

Verre 4

Mye verre 5

b) Hvor mange dager fri fra influensa om tre års tid synes du er det samme som 100 dager med frihet fra influensa nå?

\_\_\_\_\_dager



Q6a) En uventet sykdom betyr at du må bruke litt tid på sykehus.

Det skjer enten:

a) nå og du tilbringer 50 dager på sykehuset

eller

b) om 4 års tid, og du tilbringer 75 dager på sykehuset

Synes du at a) er bedre eller verre enn b)?

Mye bedre 1

Bedre 2

Liknende 3

Verre 4

Mye verre 5

b) Hvor mange dager tilbrakt på sykehuset om 4 års tid tror du er det samme som å tilbringe 50 dager på sykehuset nå?

\_\_\_\_\_dager

Q8a) En langvarig sykdom forlater deg ”under pari” for ett år, og etterpå vil du

komme deg helt til din nåværende helsetilstand. Du opplever enten:

a) ett år i 10 % under det normale fra nå av

eller

b) ett år i 40 % under det normale om 5 års tid

(hvor 100 % under normal måte betyr ute av stand til å gjøre noe)

Tror du at a) er bedre eller verre enn b)?

Mye bedre 1

Bedre 2

Liknende 3

Verre 4

Mye verre 5

b) Hvor mye under normalen om fem års tid tror du er det samme som 10 % under normalt nå?

\_\_\_\_\_ %

De neste spørsmålene gjelder helseutfall. Vær snill å indikere hva du tenker a) er bedre eller verre enn b), som før:

Q15a) Helsen til en by (Cardiff) forverres for 1 år, og går deretter tilbake til

sin nåværende tilstand: antall menn og kvinner i yrkesaktiv alder med langvarig sykdom og ute av stand til å arbeide øker med enten:

a) 100 langvarige syke i dette år

eller

b) 120 langsiktige syke om 10 års tid

Tror du at a) er bedre eller verre enn b)?

Mye bedre 1

Bedre 2

Liknende 3

Verre 4

Mye verre 5

b) Hvor mange nye langsiktige syke om 10 års tid mener du er det samme som 100 dette året?

\_\_\_\_\_ langsiktige syke

Q16a) Helsen til folk i Storbritannia øker for 1 år, og deretter returnerer

til den nåværende tilstanden: antallet personer som venter på sykehusinnleggelse og behandling senkes ved enten:

a) 100.000 dette året

eller

b) 110.000 om 10 års tid

Tror du at a) er bedre eller verre enn b)?

Mye bedre 1

Bedre 2

Liknende 3

Verre 4

Mye verre 5

b) Hvor mange mennesker utenfor institusjon på venteliste om 10 års tid tror du er det samme som 100.000 av listen dette år?

\_\_\_\_\_ folk

### Konklusjon og resultater:

Utvalg: Et utvalg av befolkningen og profesjonelle helsearbeidere i Wales

Antall: n = 385 (lekfolk) og n = 180 (helsearbeidere)

Metode: Intervju hjemme hos befolkningen og på jobben hos helsearbeiderne

Mål: Innhente tidspreferanser hos respondentene innenfor fire felt: personlig preferanse for egen økonomi, personlig preferanse for egen helse, personlig preferanse for andres økonomi og personlig preferanse for andres helse.

I studien til West et al. 2003 avslørte de først gjennom en litteraturgjennomgang at det finnes få empiriske studier i representative utvalg av befolkningen, og i tillegg få direkte sammenligninger av offentlige private beslutningsprosesser og få direkte sammenligninger av helse med finansiell diskontering. Implisitte diskonteringsrater varierte stort, og studier antydte at diskonteringsraten er høyere jo mindre verdien av utkommet og jo kortere perioden som blir vurdert er. Forholdet mellom implisitte diskonteringsrater og personlige egenskaper var blandet, noe som sannsynligvis gjenspeiler den begrensede natur av prøvene.

Selv om det var få direkte sammenligninger, viste noen studier at individer bruker forskjellige rater til samfunnsmessig diskontering sammenlignet med privat, og helse sammenlignet med økonomiske.

Resultater for begge gruppene i selve undersøkelsen til West et al. 2003:

	Økonomi		Helse	
	(fire økonomiske spørsmål)		(fire helserelaterte spørsmål)	
	Personlig preferanse for egen økonomi	Personlig preferanse for andres økonomi	Personlig preferanse for egen helse	Personlig preferanse for andres helse
Diskonteringsrate (median)	5-12,5 %	0-9,5 %	0-7,7 %	0-2,4 %

Resultater for gruppen som inneholdt et utvalg av befolkningen:

	Økonomi (fire økonomiske spørsmål)		Helse (fire helserelaterte spørsmål)	
	Personlig preferanse for egen økonomi	Personlig preferanse for andres økonomi	Personlig preferanse for egen helse	Personlig preferanse for andres helse
Diskonteringsrate (median)	5-9,9 %	0-9,5 %	0-7,7 %	0-2,4 %

Resultater for gruppen som inneholdt helsearbeidere:

	Økonomi (fire økonomiske spørsmål)		Helse (fire helserelaterte spørsmål)	
	Personlig preferanse for egen økonomi	Personlig preferanse for andres økonomi	Personlig preferanse for egen helse	Personlig preferanse for andres helse
Diskonteringsrate (median)	6,1-12,5 %	1,2-9,5 %	0-7,0 %	0-2,4 %

Selve undersøkelsen til West et al. 2003 fant også et bredt spekter av implisitte diskonteringsrater, med små systematiske effekter av alder, kjønn, utdanningsnivå eller langvarig sykdom. I begge prøvene fant forskerne bevis for at folk valgte en lavere diskonteringsrate i sammenligninger gjort på vegne av samfunnet enn i sammenligninger gjort på vegne av seg selv. Både offentlige og profesjonelle helseutøvere hadde en tendens til å velge lavere diskonteringsrater i helserelaterte sammenligninger enn i økonomirelaterte sammenligninger. Resultatet av spørreundersøkelsen for de fire økonomiske spørsmålene i de to utvalgene, lekfolk og helsepersonell, ble diskonteringsrater på 0–9,5 % og 5,0–12,5 % (medianen). I de fire helsespørsmålene ble medianen 0–2,4 % og 0–7,7 %. Forskerne konkluderte med at disse resultatene var statistisk signifikante.

Forskerne konkluderte også med at både lekfolk og helsepersonell generelt valgte en lavere diskonteringsrate for offentlige beslutninger sammenlignet med private beslutninger som gjaldt dem selv. Dette tyder på at lekfolk, samt helsepersonell, som bruker å ta beslutninger på vegne av andre, innser at samfunnet ikke bare er en samling av individer. Det innebærer også en generell verdsetting av at samfunnet er mer stabilt og har en mer forutsigbar fremtid enn individet. Det er en generell støtte for dette synet i den teoretiske litteratur og begrenset støtte i få tidligere direkte sammenligninger. Derfor trengs det mer forskning på dette feltet, muligens med mer dybdeintervju og slutninger på basis av reelle valg snarere enn hypotetiske valg [4].

### **8.1.5 Studie 5**

Robberstad 2005 ville i en annen studie estimere tidspreferanser for helse i Tanzania. Ingen empiriske data på tidspreferanser for helse var tilgjengelig i Sør-Sahara, Afrika, før denne studien. Studien utforsker forholdet mellom tidspreferanser for personlig helse og for andres helse. Bestemmelser for tidspreferanser blir også utforsket. En gruppe av den generelle befolkningen deltok, og hver person ble spurt om å indikere den maksimale lengde av mer fjerntliggende sykdomshelse de ville være villig til å akseptere mot å akseptere og få i retur en mer spesifisert utsettelse av begynnelsen på tilstanden. Respondentene ble randomisert til enten å svare på spørsmålene i konteksten av deres egen helse eller i konteksten av andres helse. Data ble innsamlet fra 450 hushold i Hai distriktet, nordre Tanzania, ved å bruke trente intervjuere. Intervjuobjektenes tidspreferanser ble innsamlet ved bruk av time-trade-off metode. En ikke-dødelig tilstand ble beskrevet som noe som gjør folk veldig syke og forårsaker alvorlig hodepine, verkende muskler og ledd, og gjør folk i ustand til å jobbe. For å enkeltgjøre og tydeliggjøre respondentenes syn på sykdomshelse, ble tilstandene beskrevet noe likt som malaria. Men det var viktig å tydeliggjøre at det var en hypotetisk ikke-dødelig tilstand for å unngå at folk inkluderte med potensiell død i deres valg [12].







I den private konteksten ble respondentene bedt om å forestille seg å være i en gitt sykdomstilstand, mens i den samfunnsmessige konteksten ble respondentene bedt om å forestille seg at noen andre i landsbyen ble utsatt for denne sykdomstilstanden.

I studien til Robberstad 2005, der forskeren ville estimere tidspreferanser for helse i Tanzania, fikk han resultater som viste at den gjennomsnittlige og median diskonteringsrate henholdsvis var 0,07 og 0,058.

#### Tidspreferanse for helse

Tidspreferanse	Personlig preferanse for egen helse (privat)	Personlig preferanse for andres helse (samfunnsmessig)
Median	5,77 %	5,77 %
Gjennomsnitt	7,1 %	6,8 %

Tidspreferanser for personlig helse og for andres helse (samfunnsmessig helse) så ut til å være grovt likt i denne gruppen, men folk så ut til å diskontere den mest alvorlige tilstanden ved en signifikant lavere rate enn den minst alvorlige tilstanden. Dermed så de på om det var noen forskjell mellom personlige og samfunnsmessige diskonteringsrater for helse. Ut i fra tallene, som var gjennomsnittlig verdier på henholdsvis 0,071 og 0,068, så det ut som om samfunnsmessige og private tidspreferanserater er omtrentlig det samme i disse populasjonene. Selv om resultatene ga disse verdiene, kan ikke en direkte overførbarhet til andre land anbefales fordi de afrikanske settingene er begrenset. Flere studier av tidspreferanser i u-land med en rang av metodologi og helsesituasjoner trenges [12].

### 8.1.6 Studie 6

I en annen studie ville Lazaro et al. 2001 undersøke forholdet mellom individuell tidspreferanse for helse og penger. Med dette som formål, ble det testet om enkeltpersoner diskonterer sin egen helse ved samme rate som sine egne penger, og på samme måte, om de diskonterer samfunnsmessig helse på samme vilkår som samfunnsmessige penger. Å kunne tilby privatmessige og samfunnsmessige valg innenfor økonomi og helse, er etter forfatternes overbevisning, nytt innenfor litteraturen i estimering av tidspreferanser. Og forfatterne mener dette representerer en gyldig måte å svare på spørsmålet om man skal bruke uniform eller differensial diskontering av helse mot konsekvensene av det å bruke monetær diskontering av

helse. Innenfor denne konteksten argumenterer forfatterne for at enhver respons på spørsmålet om uniform eller differensial diskontering av helse versus monetære konsekvenser, krever estimering og sammenligning av individuelle tidspreferanserater for helse og penger under hensiktsmessige kontekster, derav privatmessig og samfunnsmessig.

Det sentrale målet til Lazaro et al. 2001 er altså å teste om en gruppe av studenter diskonterer sin egen helse ved samme rate som sine egne penger, og liknende, om de diskonterer samfunnsmessig helse på samme måte som samfunnsmessige penger. Det andre aspektet forfatterne vil undersøke er hvordan private rater og samfunnsmessige rater utarter seg i hver av domenene helse og penger. Studieutvalget som forfatterne brukte til undersøkelsen var jusstudenter ved universitetet i Zaragoza, Spania. Gjennom bruk av spørreskjema ble studentene presentert for et hypotetisk scenario av enten nåværende eller nært forekommende gevinster og bedt om å angi fremtidsbeløpet, monetær eller av helse, til det punktet de likestilte det beløpet som først ble tilbudt. De fire scenarioene var gevinster av en lotteripremie, en offentlig investering, en bedring i sin tidligere definerte normale helsetilstand (nær 22222 i EQ-5D), og et livreddende helseprogram. Hvert underdomene tilbydde et kortsiktig og et langsiktig spørsmål, 2/11 år, 4/13 år og 6/15 år, på en slik måte at det var tre ulike spørreskjemaer for hver av disse tre kombinasjonene.

I tillegg undersøkte forfatterne om resultatene var avhengig av hvordan spørsmålene var formulert, i form av om det nærmeste alternativet var tilgjengelig umiddelbart eller innen ett år. Siden analytikere har indikert fordelene ved at begge alternativer er tilgjengelige i fremtiden, besluttet forfatterne å dele utvalget i to grupper, på en slik måte at halvparten av studentene ble møtt med et umiddelbart alternativ sammenlignet med et fremtidig et, mens den andre halvparten fikk det første alternativet tilgjengelig innen ett år. Totalt seks ulike typer spørreskjema ble tilfeldig fordelt blant studentene. For hvert av spørsmålene, ble det tilbydd en rekke verdier som studentene kunne velge, samt muligheten for å innføre verdier av deres eget valg. Totalt 203 studenter fullførte hoveddelen av spørreskjemaet [18].

## Eksempel på et tidsprefransse-spørsmål

### Privat helse

Forestill deg at din helsetilstand for et år siden, og inntil din død, kan bli definert på følgende vilkår:

Du har noen problemer med å gå, vanskeligheter når du kler på deg eller steller deg selv og å utføre dagligdagse aktiviteter som å jobbe, studere eller gjøre husarbeid. Du lider også av en viss mengde smerte eller bekymring og føler deg moderat angstfull eller deprimert.

Anta at med behandling A så vil du umiddelbart nyte 1 år med perfekt helse.

Hvor mye tid med perfekt helse vil du kreve av behandling B som vil ha en effekt innen 2 år, for at du skal vurdere det til å være like bra som behandling A?

11 måneder	
1 år	
1 år og 1 måned	
1 år og 3 måneder	
1 år og 4 måneder	
1 år og 5 måneder	
Andre:	

## Samfunnsmessig helse

Anta at helsemyndighetene har planer om å gjøre en investering i dag som vil redusere risikoen for død hos mennesker i aldersgruppen 10 - 15 år. Program A vil gjøre at 1000 dødsfall blir unngått umiddelbart.

Hvor mange dødsfall må bli unngått av program B, som vil ha effekt om 2 år, for at du skal vurdere det til å være like bra som program A?

900 dødsfall unngått	
1000 dødsfall unngått	
1100 dødsfall unngått	
1200 dødsfall unngått	
1325 dødsfall unngått	
1450 dødsfall unngått	
Andre:	

Konklusjon og resultater:

Utvalg: Jusstudenter, Spania

Antall:  $n = 203$

Metode: 6 typer forskjellige spørreskjema

Mål: Respondentene ble presentert med et hypotetisk scenario av enten nåværende eller nært forekommende gevinster (innen et år). De ble så spurt om å spesifisere den framtidige mengden, enten monetær eller av helse, som gjorde at likestilte den opprinnelige mengden de ble tilbudt i begynnelsen.

Tilstandene var å vinne en premie i et lotteri, en offentlig investering, en forbedring av deres normale helse og til slutt et livreddende program. Hver underdomene tilbydde et kortsiktig og et langsiktig spørsmål, henholdsvis 2/11 år, 4/13 år og 6/15 år.

I studien til Lazaro et al. 2001 oppnådde forskerne totalt 1580 tidspreferanserater.

Tidspreferanserater i % (median)

Årlig forsinkelse	Økonomi		Helse	
	Personlig preferanse for egen økonomi	Personlig preferanse for andres økonomi	Personlig preferanse for egen helse	Personlig preferanse for andres helse
2 år	9,5 %	8,0 %	22,5 %	20,4 %
4 år	15,2 %	7,5 %	21,3 %	20,4 %
6 år	14,9 %	9,8 %	20,1 %	20,1 %
11 år	12,1 %	8,0 %	15,2 %	20,1 %
13 år	15,1 %	8,0 %	14,8 %	19,8 %
15 år	15,7 %	8,0 %	14,9 %	19,9 %

De fikk en lav frekvens av negative rater, bare 10 observasjoner. I 23 % av svarene ville subjektene velge deres egne verdier i stedet for de som ble tilbydd (4 % private penger, 1 % sosiale penger, 10 % privat helse, 8 % sosial helse). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom distribusjonen på umiddelbar fordel og de med en forsinkelse på ett år. Gjennomsnittlig tidspreferanserater var høyere for helse enn for penger. Dette gjaldt både for privat og samfunnsmessige valg, og gjaldt både de kortsiktige og langtidssiktige. Alle disse forskjellene var høyst signifikante. Resultatet viser at studentene ikke anga samme rate i valgene deres for helse og for penger. Forfatterne konkluderte også med at innenfor det monetære domenet hadde individene gjennomsnittlig høyere diskonteringsrate ved sine private valg, og dette gjaldt både på lang sikt og kort sikt [18].

### 8.1.7 Studie 7

I økonomiske vurderinger av framtidig helse- og pengepolitikk blir utfallene vanligvis diskontert med like og konstante rater. Det teoretiske grunnlaget for denne praksisen er omdiskutert, og man søker etter mer hensiktsmessige diskonteringsrater for kostnader og helseeffekter. Av den grunn utførte Meerding et al. 2010 en empirisk studie for å fastslå samfunnsmessig tidspreferanse for helse og penger. Ved hjelp av et valgekspperiment undersøker forfatterne sosiale diskonteringsrater for helse, penger, og miljøgevinster. Alle valg var rammet inn i et samfunnsperspektiv og forskerne undersøkte forskjeller i tidspreferanser av dets domene (helse, godtgjørelser, miljømessige fordeler), tidsforsinkelse (5, 10 og 40 år), og respondentenes kjennetegn. Respondentene var 173 helsearbeidere og 34 helsepolitikere. Valgtitrering ble deretter brukt når respondentene likestilte fremtidige og nåværende ytelser. Spørreskjemaet var datamaskin-basert og tilgjengelig på internett.

Alle scenarioer var innrammet av et eksplisitt offentlig valgperspektiv. Respondentene ble bedt om å forestille seg at regjeringen ble konfrontert med et valg mellom to gjensidige utelukkende scenarioer eller intervensjoner med spesifiserte konsekvenser. De ble spurt om hvilke scenario som ville være mest berettiget fra en allmenn interesse synspunkt, selv i de tilfelle der de kunne ha personlig fordel av et av scenarioene. Forskerne rekrutterte helsepersonell fra Erasmus Medisinske Senter ved å sende ut e-post og flygeblad, og de la inn ekstra innsats for å rekruttere leger. Det var 173 helsearbeidere og 34 helsepolitikere fra ulike etater som var villig til å delta.

Respondenter som svarte "ja" eller "vet ikke" ble ledet til en interaktiv titreringsoppgave

der de helsemessige fordelene av A (B) ble redusert etter en forhåndsdefinert algoritme, til de likestilte valget mellom A og B. Likevel ble aldersgruppen som de helsemessige fordelene ville tilflytte holdt konstant, (dvs. 50 år), for å unngå at alderen for preferanse ville forstyrre innsamlingen av tidspreferansen. Som et resultat var det underforstått at valget var en fordeling av helse på to fødselskohorter. Valget som inneholdt helsescenarioer med en forsinkelse på 10 eller 40 år ble randomisert, slik at hver respondent ble tilbudt tre valg av eksperimenter med helsescenarioer (to med 5 år, ett med 10 eller 40 år). Pasientgrupper og typer inngrep ble bevisst holdt uspesifiserte i helsescenarioene for å unngå merking av effekter. Intervensjonene i alle helsescenarioer hadde lignende kostnader. Forskerne utformet tre trinn: karakterskala → spørsmålet → titreringsoppgaven, for å markere tydelig

titreringsoppgaven som en stimulans der ikke-observert tidspreferanse for befolkningens helse kan utløses [7].

Eksempel på oppgaver:

Forskjellige helsescenarioer i timingen av helsemessige fordeler som skulle skje enten:

Scenario A: i inneværende år

eller

Scenario B: med en forsinkelse på 5, 10 eller 40 år

Spørsmål 1:

Velg et av disse to alternativene og angi svar:

1. Hvilket scenario velger du av A eller B? \_\_\_\_\_
2. Jeg likestiller begge programmene A og B: \_\_\_\_\_ (sett kryss)

Spørsmål 2:

Hvis du enten svarte A, B eller synes de er likestilt, ville du skiftet til et annet alternativ hvis størrelsen på de helsemessige fordelene av alternativet vil synke?

Ja \_\_\_\_\_

Nei \_\_\_\_\_

Vet ikke \_\_\_\_\_



Konklusjon og resultater:

Utvalg: 173 profesjonelle helsearbeidere og 34 beslutningstakere innenfor helse

Antall: n = 207

Metode: Databasert spørreskjema tilgjengelig via internett

Mål: Alle valg var innrammet av et samfunnsmessig perspektiv, og det skulle forskes på tidspreferanser i ulike domener (helse, monetære gevinster og miljømessige gevinster), tidsforsinkelse og respondentenes karakteristikk

Resultatene til Meerding et al. 2010 viste at minst to tredjedeler av de spurte foretrakk en intervensjon med umiddelbare fordeler mot forsinkete fordeler i de ulike domenene.

Personlig preferanse for andres helse (samfunnsmessig) Domene: Helse	Årlig forsinkelse	Diskonteringsrate (median)
	5 år	2,7 %
	10 år	1,3 %
	40 år	1,1 %

Personlig preferanse for andres økonomi (samfunnsmessig) Domene: Monetære (penger)	Årlig forsinkelse	Diskonteringsrate (median)
	5 år	6,6 %
	10 år	4,8 %

Medianen (og gjennomsnittet) i den årlige diskonteringsraten for helsegevinster var henholdsvis 2,7 % (10,7 %), 1,3 % (3,5 %), og 1,1 % (2,3 %) forutsatt en 5, 10 og 40 års

forsinkelse. Den samfunnsmessige tidspreferanse for monetære fordeler var betydelig sterkere, med median (og gjennomsnittlig) årlig diskonteringsrate på henholdsvis 6,6 %, (18,7 %) og 4,8 % (11,2 %) forutsatt en 5 og 10 års forsinkelse. Den samfunnsmessige tidspreferansen med hensyn til miljøgevinster ble lik den samfunnsmessige tidspreferansen

for monetære ytelser. Samfunnsmessig tidspreferanse for de ulike domenene var signifikant korrelert på individnivå. Meerding et al. 2010 konkluderte med at den empiriske innhentede samfunnsmessige tidspreferansen er i tråd med dagens teoretiske argumenter som tilsier en lavere diskonteringsrate for helsegevinster enn for monetære gevinster. I tillegg var den implisitte mediane diskonteringsrate for helse lavere enn den som vanligvis brukes eller er anbefalt i retningslinjene [7].

### **8.1.8 Studie 8**

I en annen studie gjort av Cairns og van der Pol 2000 hadde forskerne flere ulike mål når de skulle undersøke diskontering og tidspreferanser i et utvalg av den generelle befolkningen i Storbritannia:

1. Utlede implisitte diskonteringsrater for fremtidige helsemessige fordeler.
2. Fastslå om individuelle intertemporale preferanser med hensyn til egen helse avviker fra dem med hensyn til helse av andre.
3. Undersøke effekten av ulike måter man kan stille spørsmål om tilsynelatende intertemporale preferanser. Spesielt sammenligner forskerne lukkede og åpne sluttmetoder.
4. Fastslå om enkeltpersoner verdsetter fremtidens helsemessige fordeler på linje med de tradisjonelle diskonterings-nyttemodellene og undersøke hvor godt de hyperbolske diskonteringsmodellene forklarer individuelle svar.

Et tilfeldig utvalg av voksne personer fikk tildelt spørreskjema som besto av en serie med helserelaterte valg som skulle fremkalle preferansene til respondentene.

To metoder ble brukt: en åpen-lukket metode og et diskret valgekspperiment (lukket metode). Preferanser ble undersøkt for ikke-dødelige endringer i egen helse og andres helse. Fire ulike spørreskjema ble sendt per post til et tilfeldig utvalg av 5120 voksne i England,

Skottland og Wales. Dataene ble analysert ved hjelp av en rekke former for regresjonsanalyse [13].

Eksempel på spørsmål som ble stilt i studien

#### Innledende spørsmål

Tenk deg følgende tilstand av dårlig helse. Du har noen problemer med å utføre dine vanlige aktiviteter (f. eks jobb, studier, husarbeid, familie eller fritidsaktiviteter) og du har moderat smerte eller ubehag. Du har ingen problemer med å gå eller med stell, og kle på deg og du er ikke engstelig eller deprimert. Vennligst tenk på denne tilstand av dårlig helse og indiker på skalaen nedenfor hvor god eller dårlig du tror denne sykdomshelsen er (sett kryss).

Verst tenkelige

helsetilstand



Best tenkelige

helsetilstand

#### Åpen slutt-metode (spørreskjema I og II)

Tenk deg at du kommer til å bli syk (som beskrevet i boksen ovenfor) med start 2 år fra nå i 20 dager. Det er en mindre behandling tilgjengelig som vil utsette denne dårlige helsen til et punkt ytterligere i fremtiden.

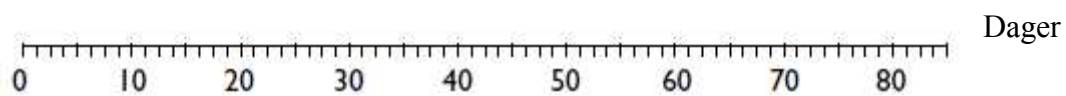
For eksempel, kunne behandlingen ha følgende effekter: din periode med dårlig helse ville starte 9 år fra nå av i stedet for 2 år fra nå, og du vil da bli syk for 30 dager i stedet for 20 dager. Du tenker kanskje denne behandlingen er en god idé: fordelen av å utsette dårlig helse oppveier ulempen med å være syk i en lengre periode. Eller du tenker kanskje at behandlingen ikke er verdt det: du gjør utsettelsen verdifull, men fordelen med dette oppveies av ulempen av å være syk for en lengre periode, eller du kan rett og slett foretrekke å bli syk 2 år fra nå i stedet for 9 år fra nå.

Tenk deg at du vil bli syk 2 år fra nå av for 20 dager, og at behandling er tilgjengelig som vil utsette denne dårlige helsen. Hva er det maksimale antall dager med dårlig helse som fortsatt vil gjøre behandlingen verdt for deg?

For eksempel la oss si at behandlingen kan utsette perioden med dårlig helse til 6 år i fremtiden. Dersom antall dager med dårlig helse i det året var null, ville sannsynligvis alle velge behandlingen. Som antall dager med dårlig helse i dette året øker, ville individer på et tidspunkt ikke lenger ønske å være behandlet.

Det vi er interessert i er det maksimale antall dager med dårlig helse hvor du fortsatt velger å bli behandlet.

Hvis dårlig helse vil starte 4 år fra nå av, hva er det maksimale antallet dager med dårlig helse som fortsatt vil gjøre behandlingen verdt? (sett kryss)



hvis mer enn 80 dager: \_\_\_\_\_ dager

### Diskret valg-eksperiment (Spørreskjema III og IV)

Tenk deg at du kommer til å bli syk (som beskrevet i boksen ovenfor). Det er to alternative behandlinger (A og B) tilgjengelig. Effektene av behandlingene varierer med hensyn til når sykdommen vil oppstå og hvor lenge (du ikke kan kureres helt). Et eksempel på hvordan effektene kan variere vises nedenfor. Med behandling A blir du syk med start 2 år fra nå av i 20 dager, og med behandling B vil du bli syk om 6 år fra nå av i 48 dager. Forutsatt at alt annet som gjelder behandlinger er den samme (dvs. alvorlighetsgrad av behandlingen, bivirkninger, kostnader), hvilken behandling ville du foretrekke?

	Når du er syk	Hvor lenge du er syk	Hvilken behandling vil du foretrekke? (Sett kryss)
Behandling A	Om 2 års tid	20 dager	
Behandling B	Om 6 års tid	48 dager	
		Ingen preferanser →	

### Konklusjon og resultater:

I studien til Cairns og van der Pol 2000 fikk de som resultat at den implisitte diskonteringsrate (median) var 6,1 % for egen helse og 6,2 % for andres helse ved bruk av åpen metode. I det diskrete valgekspperimentet var den implisitte diskonteringsrate (median) 5,0 %, 4,6 %, 3,8 % (henholdsvis for 5, 8 og 13-års forsinkelse) for egen helse, og 6,4 %, 5,7 %, 3,8 % for andres helse.

Utvalg: Et utvalg av befolkningen i Storbritannia

Antall: n = 5120

Metode: Fire forskjellige spørreskjema ble sendt per post. To metoder ble brukt: en åpenmetode og et diskret valgekspperiment (slutt-metode)

Mål: Preferanser ble innhentet for ikke-dødelige endringer i egen og for andres helse

Resultat for åpen-metode:

	Personlig preferanse for egen helse	Personlig preferanse for andres helse (samfunnsmessig)
Diskonteringsrate (median)	6,1 %	6,2 %

Resultat for diskret valgekspériment (slutt-metode):

	Årlig forsinkelse	Diskonteringsrate (median)
Personlig preferanse for egen helse	5 år	5,0 %
	8 år	4,6 %
	13 år	3,8 %
Personlig preferanse for andres helse (samfunnsmessig)	5 år	6,4 %
	8 år	5,7 %
	13 år	3,8 %

Resultatene tyder på at den implisitte diskonteringsraten for egen og andres helse stort sett er den samme. Det er noen forskjeller, men likhetene er mer slående, mest sannsynlig på grunn av den åpne-slutt-metoden. De implisitte diskonteringsrater og fordelingen til denne var svært lik for den åpne-slutt-metoden og i det diskrete valgekspérimentet. Det diskrete valgekspérimentet hadde en høyere svarprosent og respondenter mente at de diskrete valgsprøsmålene var lettere å svare på. Resultatene til forskerne gir holdepunkter mot å bruke diskontert nytte-modell [13].

### 8.1.9 Studie 9

En annen studie som undersøker individuelle intertemporale preferanser for helse er studien gjort av Bleichrodt og Johannesson 2001. Den vanlige måten å modellere hvordan tid innvirker på verdivurderingen på helse er ved den konstante diskonteringsrate nytte-modell. Men flere empiriske studier har vist at denne modellen er en dårlig beskrivelse av den individuelle intertemporale preferanser. Flere holdepunkter foreslår at den individuelle intertemporale preferanse er mer i tråd med en diskonteringsrate som reduseres over tid. Den konstante diskonteringsrate nytte-modell blir sammenliknet med to konkurrerende teorier; den proporsjonale diskonteringsmodell og den hyperbolske diskonteringsmodell. Studien skiller seg videre ved at forskerne bruker valgmuligheter for å lokke fram intertemporale preferanser, og studien gir en ny og mer robust test av den deskriptive validiteten til den konstante diskonteringsrate som blir brukt som nytte-modell innenfor beslutningsanalyser i helsevesenet.

En viktig forskjell mellom helse og penger er at helse ikke er lett overførbart gjennom tid. Konsekvensen av det er at intertemporale preferanser for helse ikke blir ødelagt av investeringer, sparevurderinger og rentesats. Dermed vil studier som bruker helse som utfall reflektere mer den individuelle intertemporale preferanser enn studier som bruker monetære utfall. Respondentene i studien var 80 studenter ved økonomistudiet i Stockholm og 92 studenter ved Erasmus universitet, Rotterdam. Studien ble gjennomført i økter med ca. 10 personer per økt. Før eksperimentet testet forskerne spørreskjemaet i flere pilotøkter med universitetspersonale som respondenter. To helsetilstander ble valgt ut i tillegg til fullgod helse. Den valgte helsetilstanden tilsvarer vanlige typer smerter i korsryggen. Forskerne valgte en mild type rygg smerter og en mer alvorlig type av rygg smerter. Helsetilstandene ble beskrevet med funksjonsnivå på fire attributter; generelle daglige aktiviteter, egenomsorg, fritidsaktiviteter, og smerte.

For å teste forutsetningene for begrepene fullgod helse > mild rygg smerter > alvorlige rygg smerter, ble subjektene først bedt om å rangere de ulike helsetilstandene. Subjektene ble videre bedt om å sette helsetilstandene på en skala kalibrert mellom 100 (fullgod helse) og 0 (død) for å få innsikt i styrken på preferanse for en helsetilstand over en annen [19].

Eksempel på spørsmål fra studien:

I den viktigste delen av spørreskjemaet ba de subjektene velge mellom helse profiler.

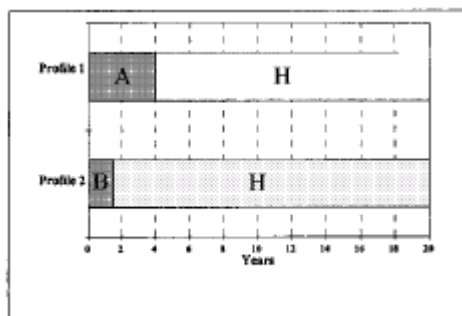
Helsetilstand A: Milde ryggproblemer

Helsetilstand B: Alvorlige ryggproblemer

Spørsmål 1:

Profil 1: 4 år i helsetilstand A, fulgt av 16 år med full helse

Profil 2: 1,5 år i helsetilstand B, fulgt av 18,5 år med full helse

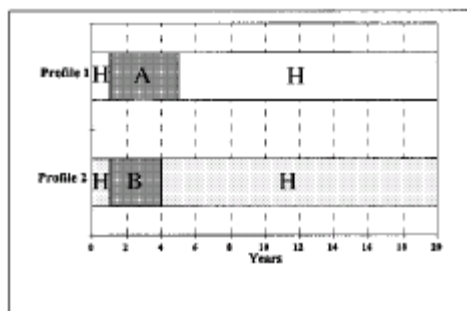


Jeg velger profil \_\_\_\_\_

Spørsmål 2:

Profil 1: 1 år med full helse, deretter 4 år i helsetilstand A, fulgt av 15 år med full helse

Profil 2: 1 år med full helse, deretter 3 år i helsetilstand B, fulgt av 16 år med full helse



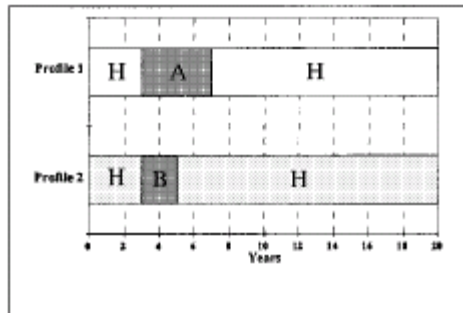
Jeg foretrekker profil \_\_\_\_\_



Spørsmål 3:

Profil 1: 3 år med full helse, deretter 4 år i helsetilstand A, fulgt av 13 år med full helse

Profil 2: 3 år med full helse, deretter 2 år i helsetilstand B, fulgt av 15 år med full helse



Jeg foretrekker profil\_\_\_\_\_

Konklusjon og resultat:

I studien til Bleichrodt og Johannesson 2001 ble resultatet som de forventet, at rekkefølgen av helsetilstandene ble: fullgod helse > milde ryggsmarter > alvorlige ryggsmarter, for alle subjektene. Den gjennomsnittlige rangeringen av milde og alvorlige ryggsmarter var henholdsvis 83 og 65 (rating av fullgod helse var lik 100 på skalaen) [19].

### 8.1.10 Studie 10

I en annen studie ville Chapman 2002 teste domeneuavhengigheten funnet i tidligere studier. Mer spesifikt ville forskeren finne ut om beslutningstakere innenfor helsevesenet er sensitive til det grunnleggende prinsippet som ligger i argumentet om at man skal bruke den samme diskonteringsraten for helse og penger. Dette argumentet bærer en viktig antagelse om at helse og penger er byttbare. Rollen til byttbarheten i dette normative argumentet peker mot en potensiell forklaring på hvorfor empiriske studier har funnet ut at beslutningstakere i virkeligheten bruker forskjellige diskonteringsrater for penger og for helse. Mer spesifikt vil det si at beslutningstakere ikke ser på helse som byttbar mot penger. Selv om helse og penger er byttbare på et samfunnsmessig eller politisk nivå, er byttbarheten ufullkomment på individnivå.

På grunn av denne mangelen på byttbarhet mellom helse og penger vil forskjellig diskonteringsrate kunne bli påført for disse to domeneene uten å gi noen form for inkonsistens. Eksperimentene til forskerne ble designet for å teste om beslutningstakere innenfor helse er sensitive til denne byttbarheten. I eksperiment 1 ble deltakerne presentert med 1 av 2 scenarioer hvor helse og penger ble beskrevet som enten byttbare (en medisinsk behandling var tilgjengelig for kjøp), eller ikke byttbare (den medisinske behandlingen var tilgjengelig, men ikke for salg). Hvis beslutningstakere innenfor helseavgjørelser var sensitive til byttbarheten, burde de fremvise at helse og pengers diskonteringsrate er mer lik i valg 1 enn i valg 2. Respondentene i eksperiment 1 var 122 høyskoleelever. I tillegg ble 163 personer innhentet på togstasjonen hvor 103 deltok. Deltakerne fullførte et spørreskjema hvor de ble spurt om å forestille seg regelmessig migræne og hadde tilgjengelig medisin mot det. For halvparten av deltagerne var medisinen byttbar mot penger, mens for resten var den ikke byttbar.

I individuelle helsemessige valgavgjørelser er helse og penger sjeldent byttbare, men for eksempel på et politisk nivå er helse og penger i prinsippet omtrent alltid byttbare. Eksperiment 2 sammenliknet beslutningstakere som spilte rollen til en individuell beslutningstaker mot de som spilte rollen til en beslutningstaker på politisk nivå. I eksperiment 2 var det viktig å undersøke om enten helse eller pengers diskonteringsrater ville bli hevet dersom beslutningstakeren fikk bestemme hvordan retningslinjene skulle være på vegne av en gruppe av folk, i stedet for å bestemme over hans/hennes egne vegne. I tillegg var det spådd at effekten av byttbarhet ville bli senket dersom beslutningstakeren skulle bestemme over hvordan retningslinjene skulle være. Logikken bak dette argumentet er at helse og penger nesten alltid er byttbare på gruppenivå, og dermed vil spesifisiteten til trade-off som er tilgjengelig for individene ha liten effekt. Respondentene i eksperiment 2 var 179 elever ved en videregående skole, og i tillegg deltok 191 reisende ved en flyplass. Byttbarheten og de ikke-byttbare scenarioene som ble presentert i eksperiment 2 var identiske til de som ble brukt i individuelle perspektivtilstandene i eksperiment 1. Alle deltakerne ble presentert med samme helse og penger i tidspreferansespørsmål som ble brukt i eksperiment 1. Respondenter som skulle ta et individuelt perspektiv tok beslutninger om tidspreferanser på vegne av dem selv, mens de som skulle ta et perspektiv som beslutningstaker for retningslinjer gjorde beslutninger på vegne av 1000 pasienter [20].

Eksempel på spørsmål fra studien:

## Eksperiment 1

### Metode

Deltagere: 122 høyskoleelever deltok. I tillegg deltok 163 personer som ble innhentet på togstasjonen hvor 103 av de ville delta. Deltakerne fullførte et spørreskjema hvor de ble spurt om å forestille seg regelmessig migræne og hadde tilgjengelig medisin mot det. For halvparten av deltagerne var medisinen byttbar mot penger, mens for resten var den ikke byttbar.

### Byttbar tilstand:

Forestill deg at du har en migrænehodepine 50 dager per år. En medisin er tilgjengelig for deg som vil fjerne all hodepinen ved en kostnad på 1000 \$ per år som din helseforsikring ikke vil dekke. Du kan velge selv hvor mye av denne medisinen du vil kjøpe. Din inntekt er slik at du har mulighet til å spare 3000 \$ per år på en sparekonto for å bruke til hva du vil.

### Ikke-byttbar tilstand:

Forestill deg at du har en migrænehodepine 50 dager per år. En medisin er tilgjengelig for en 1-times basis som vil eliminere all hodepinen for en begrenset periode av tid. Det er ingen kostnader ved denne medisinen, alle kostnader blir dekket av forsikringsselskapet. Dette er eneste muligheten for å motta denne medisinen.

Deltagerne ble gitt 2 hypotetiske intertemporære trade-off spørsmål og instruert til å fylle inn der det var blankt for å gjøre de 2 mulighetene like attraktive.

1. Som en engangsbonus, tilbyr ditt forsikringsselskap deg en begrenset mengde av denne medisinen mot ingen betaling. Du har to valg:

A. Nok medisin til å fjerne all hodepine for 12 måneder. Du vil få medisinen med en gang.

B. Nok medisin til å fjerne all hodepine for \_\_\_\_ måneder. Du vil få medisinen om 3 år fra nå av.

2. Ditt forsikringsselskap tilbyr deg pengerabatt. Du har to valg:

A. 1000 \$ fra nå av.

B. \_\_\_\_\_ \$ 3 år fra nå av.

Konklusjon og resultat:

I resultatene til studien gjort av Chapman 2002, viste eksperiment 1 at korrelasjonen mellom helse og pengers diskonteringsrater er påvirket av byttbarheten.

Resultat eksperiment 1:

Eksperiment 1:

Utvalg: Høyskolestudenter og et utvalg av befolkningen

Antall:  $n = 203$

Metode: Spørreskjema, personlig intervju

Mål: Personlige preferanser ved bytte av helse mot penger. I dette tilfellet skulle halvparten av respondentene forestille seg at de hadde migrene og at medisinen mot migrene var byttbar mot penger, mens den andre halvparten ikke fikk denne muligheten

Tabell 1: Gjennomsnittlig årlig diskonteringsrate og  $n$  for hver tilstand

Domene	Tilstand	
	Byttbar	Ikke byttbar
Penger	46 %	52 %
Helse	41 %	37 %
$n =$	105	98

Hvis helse ikke var byttbar med penger, var det liten korrelasjon mellom diskonteringsratene i de to domenene. Derimot viste det seg at hvis helse var byttbar med penger, var det et moderat nivå av korrelasjon mellom de to diskonteringsratene. Dette viser at individuelle beslutningstakere er sensitive til argumentet om at byttbarhet impliserer at samme diskonteringsrate burde bli brukt for penger og helse. Dette blir også en forklaring på forfatterens demonstrasjon om domeneuavhengighet. Mer spesifikt har beslutningstakerne brukt urelatert diskonteringsrate for helse og penger fordi de trodde at de to ikke var byttbare. Selv om helse og penger muligens ikke er byttbare for individuelle beslutningstakere, er de i prinsippet alltid byttbare for beslutningstakere innenfor helse, siden penger spart for en person kan bli brukt til å øke helsen for en annen person. Dette er selvfølgelig satt på spissen fordi i praksis vil ikke en beslutningstaker innenfor helse tenke at penger som er spart alltid vil bli brukt på en annen helsegevinst. Forskjellen mellom individuelle beslutninger og beslutninger gjort blant de som tar viktige valg innenfor helseledelse blir undersøkt i eksperiment 2.

#### Resultat eksperiment 2:

Utvalg: Høyskolestudenter og et utvalg av befolkningen

Antall:  $n = 317$

Metode: Spørreskjema, personlig intervju

Mål: Respondentene skulle forestille seg å være beslutningstakere på vegne av samfunnet.

I dette tilfellet skulle respondentene forestille seg at de jobbet for et forsikringsselskap og ta beslutninger på vegne av 1000 kunder (pasienter) som lider av migrene. De som tok et individuelt perspektiv gjorde disse tidsprefransene på vegne av dem selv, mens de som tok et beslutningstakerperspektiv gjorde det på vegne av de 1000 pasientene og hva de fikk. Halvparten av respondentene skulle forestille seg at de eller pasientene hadde migrene og at medisinen mot migrene var byttbar mot penger, mens den andre halvparten ikke fikk denne muligheten.

Tabell 2: Gjennomsnittlig årlig diskonteringsrate og n for hver tilstand

Domene	Individuelt (personlig) perspektiv		Beslutningstaker perspektiv	
	Byttbar	Ikke byttbar	Byttbar	Ikke byttbar
Penger	41 %	41 %	28 %	23 %
Helse	51 %	34 %	23 %	22 %
$n =$	70	81	85	75

Eksperiment 2 kopierte hovedeffekten av eksperiment 1 ved at byttbarheten forbedret korrelasjonen mellom diskonteringsraten for helse og penger. Korrelasjonen var ikke påvirket verken av at beslutningstakerne tok et individuelt perspektiv eller tok et perspektiv der individene skulle ta beslutninger på vegne av andre. Korrelasjonene antydte som antatt at effekten av byttbarheten var større for den individuelle perspektivtilstanden mens de andre to målingene av korrelasjon ikke viste dette mønsteret [20].

## 8.2 Kvalitative data/resultater

I dette avsnittet presenteres uformelle kommentarer/begrunnelser til svarene som belyser hvorfor respondentene valgte slik de gjorde. Det var ikke alle respondenter som hadde kommentarer/tanker til hvert spørsmål. Derfor samsvarer ikke antallet kommentarer/tanker i dette avsnittet helt med antallet som har svart disse alternativene.

### 8.2.1 Spørsmål 1:

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som svarte "Samme prioritet":**

- "Jeg svarer samme prioritet og lurar samtidig på om det er to like sykdommer. Jeg mener i tillegg at man ikke får lov til å neddiskontere, men man må bruke like mye på begge gruppene. Det er samme prinsipp som med oljepengene, de må fordeles likt."
- "Jeg begrunner valget med at jeg ikke kan se at en helseeffekt som har like stor effekt i framtiden, med like stor gevinst, ikke skal prioriteres på samme måte som en som kommer i framtiden. Jeg skjønner ikke hvorfor man diskuterer denne problemstillingen i det hele tatt og mener at diskontering er noe tull, man bør alltid prioritere likt."
- "Jeg mener dette fordi hvis alt er likt og gir like stor gevinster så er det ingen grunn til at man ikke skal prioritere annerledes."
- "Jeg velger samme prioritet for sikkerhets skyld. Heller også litt mot usikker."
- "Samme prioritet er det riktige så fremt helsetapet er like alvorlig, og det er like viktig å forhindre for begge gruppene."
- "Samme prioritet er det riktige fordi dagens helsegevinst i dag og om 3 år er den samme. Og det er ikke relevant når gevinsten kommer. Man må akseptere at gevinsten er det samme som om 3 år og 5 år osv. Følelsesmessig er det kanskje ikke slik hos de fleste, så hvis det gjaldt omdømmet mitt og jeg hadde figurert i media så hadde jeg kanskje valgt "Prioritet til det nære."
- "Samme prioritet er det riktige fordi det har ikke noe å si om det er nært eller lenger fram i tid at man forhindrer et gitt helsetap. Helsegevinsten er like stor uansett."
- En annen mener også samme prioritet fordi tidshorisonten ikke skal være avgjørende for hvordan man prioriterer.

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som svarte "Samme prioritet":**

- ”Det er det rette å velge og understrekte i tillegg at det ikke er ved å sette de opp mot hverandre hvor prioriteringen ligger”
- ”Så lenge det gjelder behandling som faktisk kan behandle pasienter i nær framtid, da er mengden av behandling det viktigste, ikke når og tidspunktet for denne behandlingen. Det viktigste er behandlingen”.
- ”Problemstillingen er et like stort helseproblem uansett om det kommer nå eller i nærmeste framtid så derfor spiller det ikke så stor rolle om man velger noe annet enn samme prioritet.”
- ”Summen av gevinster er det viktigste i disse to gruppene forutsatt at kostnadene skal prioriteres”
- ”Dette er en velkjent problemstilling og veldig vanskelig, men de to gruppene fortjener det samme.”
- ”Det er like viktig å behandle de i nær framtid som de som ligger lenger fram i tid.
- ”Man må se på hele det store bildet i et og tenke på utvikling innenfor medisin. I tillegg er det viktig å prioritere både langsiktig og kortsiktig.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som svarte ”Samme prioritet”:**

- ”Jeg synes det er viktig å prioritere begge grupper siden man ikke vet om man har økonomi til å dekke det om noen år, altså er det usikkert hvordan fremtiden er.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som svarte ”Prioritet til det nære”:**

- ”Jeg velger dette på den begrunnelsen av at det kan bli bedre utvikling innenfor medisinsk utvikling og derfor må man prioritere de som kan få behandling og trenger det mest og der det er tilgang.”
- ”Jeg velger prioritet til det nære på grunnlag av at man ikke vet hva som skjer i framtiden. Jeg mener derfor at de som kan produsere noe til samfunnet i nær framtid bør prioriteres. Man vet jo heller ikke om pasientene kommer til å dø, ulykker kan jo f.eks skje. Man vet heller ikke gjennomsnittsalderen av pasientene det gjelder, f.eks om det gjelder 5-åringer eller 95-åringer, så derfor velger jeg å prioritere det som er nærmest i framtiden.”
- ”Jeg mener at det er bedre å ta gevinsten så fort som mulig siden fremtiden er usikker og jeg tror at det er sikkert slik flest folk tenker.”
- ”Jeg begrunner dette valget med at dette gir et like stort og sikkert helsetap. De andre får jo noen leveår uansett. Men jeg er litt usikker på forutsetningene, siden man ikke kan vite med sikkerhet hva som skjer i framtiden. Men jeg hadde nok valgt dette alternativet uansett.”



- ”Jeg velger å si at jeg tenker som en økonom. Derfor mener jeg at det er billigere å behandle det som er nært i framtiden og man forhindrer helsetap. Men jeg vil påpeke at hvis det gjaldt to forskjellige grupper, da hadde svaret blitt annerledes.”
- ”Jeg velger å prioritere til det nære og mener at dette er et like stort og like sikkert helsetap. Derfor bør man behandle de som man vet at det kommer et helsetap for. Forebyggingsaspektet er også veldig viktig. Det kan jo skje mye på noen år, for eksempel trafikkulykker osv. Så derfor vil jo man behandle de som er nærmest i tid først. Men rent hypotetisk så vet man jo aldri.”
- ”Jeg begrunner valget mitt med at det som skjer i framtiden kan være usikkert. Det er altså mye sikrere å prioritere til det nære.”
- ”Jeg prioriterer til det nære fordi gruppen vil jo måtte leve med sin sykdom mens man venter på de andre.”
- ”Prioritet til det nære er det riktige selv om de to gruppene er like alvorlige så vil det nære gi hurtigere respons. I fjern framtid kan man utvikle for eksempel ny medisin til den andre gruppen.”
- ”Fordi det er mest logisk å ta det som er nært i tid. Det står heller ikke noe om at det ikke kommer noen løsninger senere.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som svarte ”Prioritet til det nære”:**

- ”Hvis man fikk lov til å dele opp svaret så hadde jeg valgt 40 % prioritet til det nære og 60 % til det andre.”
- ”Man får da bedre tid når denne behandlingen er unnagjort og da unngår man helsetap og får folk raskere tilbake i arbeid og liknende. Man får også bedre økonomi så det er altså bedre å ta ting med en gang enn at man utsetter det.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som svarte ”Prioritet til det nære”:**

- ”Jeg valgte den gruppen som man forebygger framtidig sykdom hos, gitt at de opprettholder god helse etter behandling, fordi disse kan returnere både raskere til jobb og til normal funksjon jo raskere de blir bedre. I den andre gruppen kan pasientene bli syke for et par år før de blir friske nok og de kan muligens skape mer samfunnsmessige tap og kostnader.”
- ”Jeg har valgt det nære fordi jeg mener det uetisk å holde igjen medisin som kan hjelpe en gruppe. Men etisk veldig vanskelig, med tanke på at man kunne ha hjulpet mange flere ved å vente.”

### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som svarte "Usikker":**

- "Jeg er usikker fordi alder spiller en viktig rolle og hvor mange år pasienten får av selve behandlingen. Hvis det for eksempel var snakk om en 90-åring i forhold til en 20-åring så ville jeg ha prioritert forskjellig og svart noen av alternativene."

### **8.2.2 Spørsmål 2:**

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte "Alternativ 1":**

- "Jeg begrunner dette valget med at da får denne gruppen en tidligere helsegevinst. Man bør tenke på diskontering, at helsegevinsten nå ikke er den samme som senere, og det må tas hensyn til. Man vet ikke hva som skjer om 15 år så derfor bør man prioritere i nærmeste framtid."
- "Jeg mener at alt.1 er det riktige valget og at man bør tillegge større verdi til det at gevinsten kommer tidligere, så derfor er respondenten villig til å betale mer for dette, og derfor aksepterer jeg større kostnader for denne behandlingen."
- "Jeg velger alt. 1 fordi da får man gevinsten nå i stedet for å vente lengre, noe som er et billigere alternativ."
- "Jeg svarer alt.1 som konsekvens av at jeg svarte prioritet til det nære på forrige spørsmål."
- "Jeg svarer alt. 1 på bakgrunn av at jeg valgte prioritet til det nære på spm.1. De er på samme sted i livet og i gruppe A kommer helsegevinsten tidligere og det oppleves sikrere at her kommer helsegevinsten til å bli hentet ut. Det kan derimot ha skjedd mye med gr. B i løpet av 10-15 år."
- "Jeg prioriterer alt.1 fordi denne gruppen vil bli syk fortere enn den andre gruppen og derfor vil jeg at de skal behandles i nær framtid."

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte "Alternativ 1":**

- "Dette er høyt prioriterte grupper og man ikke trenger å sette de opp mot hverandre selv om det er reelle problemstillinger, men at det er et interessant tema å drøfte. Diskontering er et mulig valg, men 10 år er samtidig veldig lite innenfor diskonteringsforhold. Det logiske valget er alternativ 1 fordi tidsfaktoren har en betydning her."
- "Man bør prioritere alternativ 1, altså gruppe A, fordi det er viktig med forebygging og forhindre at sykdom kommer senere. Det kan hende at noen dør i mellomtiden, og man skal jo utelukke at det kommer ny medisin senere i denne problemstillingen."

- ”De som har størst QALY vil få best uttelling av behandlingen. Dette ville ikke blitt godtatt hvis det var snakk om slike grupper i virkeligheten. Og etter mitt syn er det ikke her prioriteringen ligger i helsevesenet.”
- ”Et viktig begrep her er diskontering og at man må tenke at man får mer for pengene i alt.1 fordi gevinsten kommer tidligere. Derfor får man mer for pengene ved å velge dette alternativet. I gruppe B (alt.2) må man framskrive en gevinst som ikke kommer før om 10-15 år.”
- ”Det er viktig å komme med behandling tidligst mulig, altså forebygge og begrense alvorlighetsgrad. Samlede kostnader over tid er ikke i tråd med tenkningen siden pasientens behov er å bli friskest fortest mulig. Pasientene i gruppe A har kortere tid til å gå over til alvorlige plager”.

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som valgte ”Alternativ 1”:**

- ”Jeg er mest enig i alternativ 1 fordi litt høyere kostnader kan forsvares når det er et bedre alternativ i forhold til det andre”.

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte ”Alternativ 2”:**

- ”Jeg svarer lik prioritet på dette spørsmålet og mener at det er førstemann til mølla, potten må fordeles på alle, og at likhetsprinsippet spiller inn her.”
- ”Jeg velger alt.2 og begrunner det med ratioen, at man diskonterer både gevinst og kostnader så derfor vil ikke jeg gi noe ekstra siden gruppene også vil få helsetapet samtidig i livene sine.”
- ”Jeg mener at dette var det riktige alternativet siden begge gruppene er i samme alder når problemene oppstår og mener derfor at det er det viktige å ta hensyn til her.”
- ”Jeg begrunner dette valget med blant annet at jeg er enig i å behandle den gruppen som kommer tidlig, men er til slutt enig i at det bør være like kostnader. Jeg lurte også litt på hva som skjer med QALY gevinsten?”
- ”Jeg velger alt. 2 fordi tiden er korrigert for og helsegevinsten kommer noe senere. Dette er diskontering og jeg mener også at politikerne velger forebygging.”
- ”Jeg begrunner dette valget med at man aldri vet hva som skjer underveis i framtiden. Derfor velger jeg å behandle det som er nært, fordi det er mest sikkert.”
- ”Jeg velger alt.2 fordi det er like mange leveår i begge gruppene (ca.35 år) og like mange QALY i begge gruppene.”
- ”Jeg velger alt. 2 fordi tidspunktet for når helsegevinsten kommer er irrelevant. Man kan tvile litt på valget her fordi 20-åringen kan omkomme når som helst, men det er jo bare rent hypotetisk.”

- "Jeg mener at gevinsten er lik for de to gruppene, så derfor velger jeg alt.2. Tidspunktet skal ikke ha noen særlig betydning."
- "Jeg velger alt.2 fordi effekten og helsegevinsten er den samme."
- "Jeg velger alt. 2 fordi jeg mener dette er mest rettferdig."
- "Jeg velger alt. 2 fordi gruppe B er 20 år og derav vil de få effekten når de er 30 år. Så de vil ha like mange år igjen å leve som den andre gruppen forutsatt at de har mange år igjen og at livsutsiktene er lik."
- "Jeg velger alt.2 fordi en forsinket tidsdimensjon ikke skal være av avgjørende betydning for prioriteringen."

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte "Alternativ 2":**

- Alternativ 2 er det rette valget så lenge man ser bedring eller mindre forverring og så lenge bivirkningene er innenfor det "normale".
- "Jeg er likegyldig til om det kommer nå eller senere når de har samme effekt."
- "Det er alvorlighet og effekt som er viktigst, forskjellen i tid er av mindre betydning."
- "Jeg ser ikke noe poeng i å sette disse to legemidlene og gruppene opp i mot hverandre så derfor velger jeg alternativ 2 siden det er like mye helsetap i begge gruppene."
- "Alder og vurderingen av de ulike gruppene og tidsgevinsten vil ha betydning for kostnadene. Derfor velger jeg alternativ 2."
- "Det er viktig å få behandlet de som kan komme i den situasjonen senere. Forebygging er viktig."
- "Dette alternativet forsvaret alvorlighetsgraden og forebygging er viktig."

**Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som valgte "Alternativ 2":**

- "Jeg velger alt.2 fordi fordelene av begge medisinene ser ut til å være like og tiden ikke er så viktig så synes jeg begge gruppene kan bli behandlet økonomisk likemessig. Men hvis en av medisinene var signifikant billigere enn den andre så synes jeg den billige burde bli valgt."
- "Jeg mener begge gruppene bør prioriteres fordi pasientenes alder i begge grupper vil være 30-35 år når utviklingen av alvorlige plager fremtrer og forskjellen i tid er av mindre betydning."

- ”Jeg mener alternativ 2 er det mest riktige fordi kostnader for samfunnet vil bli bespart om også gruppe B får behandling straks fordi da oppnår man begrensning i sykdomsutviklingen.”

### **8.2.3 Spørsmål 3:**

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte alternativ 1 og som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet:**

- ”Jeg velger en betalingsvillighet på litt mindre pga. usikkerheten om 15 år. Hvis man bruker Markov-modellen kan man ikke si at helsegevinsten ikke kommer om 15 år så derfor velger jeg slik som jeg gjør.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte alternativ 1 og som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet:**

- Det er ikke Legemiddelverket som bestemmer betalingsviljen. Spørsmålet er også avhengig av at det faktisk er snakk om 100.000 kr per pasient, at det gjelder alvorlig plager og at målet er å begrense forverringen. Begge deler er virkeligheten i det norske helsevesen. QALYs vil vinnes i begge gruppene ved den gevinsten man har i disse to tiltakene. Men premissene i oppgaven er feil og samsvarer ikke med den norske virkeligheten i helsevesenet. For det første så er 100.000 en veldig lav pris og jeg ville hatt en høyere betalingsvillighet. I tillegg mener jeg at spørsmålsstillingen ikke er helt god. Jeg er villig til å betale 100.000 for den andre gruppen også og mener det burde være et ”Det samme” alternativ hvis man valgte alt.1.”
- ”Man kommer inn på betalingsvillighet, men det er avhengig av hvilken pris som er på markedet.”

### **8.2.4 Spørsmål 4:**

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte alternativ 1 og som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet:**

- ”Jeg mener at man ikke har fått noe produksjonstap så derfor velger jeg 95.000 kr som beløp. Man kan ikke velge å ta bort denne gruppen og det er ikke riktig å la de få mindre enn 95.000 kr.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte alternativ 1 og som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet:**

- ”Jeg liker ikke tilfeldig valg av kronebeløp, det blir feil for meg å sette. Får man samme effekt av behandlingen så er det det viktigste. Jeg foreslår også og kanskje lage en kostnad-nytte analyse.”

### **8.2.5 Spørsmål 5:**

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A:**

- ”Jeg velger å behandle 100 i gruppe A fordi jeg tenker blant annet på besparelser. Siden man ikke trenger å behandle de nå så frigjør man penger til andre ting.”
- ”Jeg mener dette valget fanger inn effekten på kortere tid og dermed kommer nytten fortere. Man utsetter bare problemet hvis man velger alt.120 B på lik linje som med kredittkort.”
- ”Jeg mener at de 100 pasientene i gruppe vil bli behandlet i nær framtid i forhold til gruppe B så derfor bør 100 A bli prioritert i et gitt budsjett.”
- ”Jeg velger 100 A fordi det er mye nærmere i tid at pasienter i gruppe A får problemer enn de i gruppe B så derfor velger jeg 100 pasienter i gruppe A slik at de får hjelp først.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A:**

- ”Jeg velger å prioritere alt. 100 A fordi jeg mener at det er mest riktig å velge de som får behandling nå fordi man kan ha fått en ny behandling om 10-12 år.”
- ”Dette er det beste alternativet slik jeg ser det ut i fra problemstillingen”.
- ”Fordi da behandler man det nære først og forhindrer at folk kommer ut i arbeidsuføre, og man kan da få igjen skattepenger når folk blir fortere frisk.”
- ”På dette tidspunktet vil virkningene komme raskt. Det haster mest for gruppe A å gi de behandling, mens gruppe B kan få behandling senere.”
- ”Det kan komme en bedre medisin senere. De i gruppe A har kortere sikt med hensyn til dette så derfor velger jeg dette alternativet.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B:**

- Jeg velger å behandle 120 pasienter i gruppe B fordi jeg mener at man bør behandle flest mulig pasienter og være konsekvent med tidligere svar.”
- ”Jeg tenker her at jeg like gjerne kunne svart det andre alternativet, litt hipp som happ, muligens usikker også, men ender på alt.120 B.”
- ”Jeg velger 120 pasienter i gr. B. Jeg prøvde først å regne ut QALYs for så å finne ut at det ikke er nødvendig. Jeg konkluderer med at man får behandlet flest pasienter i gr. B selv om disse blir behandlet senere, men antallet er det viktigste.”
- ”Jeg begrunner dette valget med at man da får behandlet flest mulig. Det blir veid opp i forhold til penger og mengde.”
- ”Jeg velger 120 B som alternativ fordi jo flere behandlet, jo bedre er det fordi gevinsten er den samme, den bare kommer litt senere.”
- ”Jeg velger 120 B fordi de to gruppene er like både kostnadmessig og effektmessig, så derfor velger jeg slik at flest mulig kan bli behandlet.”
- ”Vekten skal være lik, derfor valgte jeg 120 B.”
- ”Jeg velger 120 B fordi det er viktig at man behandler flere pasienter. Effekten og helsegevinsten kommer senere uansett.”
- ”Jeg valgte dette alternativet fordi effekten er jo den samme, så av den grunn vinner man 20 stk.”
- ”Jeg valgte dette alternativet fordi da får man behandlet flest.”
- ”Jeg valgte 120 B fordi mengden er avgjørende, jo flere som kan behandles, jo bedre er det. ”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B:**

- ”Å behandle 120 pasienter i gruppe B er det riktige fordi da få man behandlet flest mulig.”
- ”Jo flere pasienter som kan behandles, jo bedre.”
- ”Da får man behandlet flest mulig og i tillegg er konsistent med det som er svart tidligere.”
- ”Tidsperspektivet er i realiteten ganske likt så derfor vil man hjelpe like mange når man velger 120 i gruppe B.”

### **Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B:**

- ”Hvis effekten av behandlingen er lik så foretrekker jeg gruppe B fordi da kan man behandle 20 % flere pasienter med de samme kostnadene.

### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte ”Usikker”:**

- ”Jeg tenker om det er viktig at den ene gruppen skal få mer enn den andre og at det er urettferdig at det blir forskjell i behandling per hode. Det er som om det skulle vært noen andres barn og at jeg måtte velge mellom de med samme dilemma. Velger derfor usikker.”
- ”Jeg velger usikker og begrunner dette med at det er vanskelig å se bort i fra forhold, kostnad og gevinster. Man bør gi til den som har lavest kostnader innenfor kostnadsinkrementell-analyse, men velger til slutt å gå for usikker.”
- ”Jeg velger å svare usikker med den begrunnelsen at hvis det hadde vært noe bedre om 10-15 år så ville jeg ha valgt A. Og ved å velge B blir flere behandlet. Ved å tenke helseøkonomisk ville jeg valgt B, men personlig er jeg usikker.”

### **Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte ”Usikker”:**

- ”Det er individuelle kjennetegn blant pasienter, enten de som har alvorligst sykdom eller har best prognose. Dette må gi et hint om hvordan prioriteringsnøkkelen skal være. Det vil alltid være en variasjon innenfor gruppene og det er viktig å finne ut hvem som ville hatt en spesiell glede av disse. Derfor ender jeg til slutt på ”Usikker” som mitt valg.”

## **8.2.6 Spørsmål 6:**

### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte ”Alternativ 1”:**

- ”Jeg velger alternativ 1 og begrunner dette med at jeg foretrekker en tidlig gevinst enn en senere gevinst når alt annet er likt.”
- ”Jeg valgte først alternativ 2 og begrunnet dette med at med diskontering og renter så er det lik nåverdikostnadene. Men så tenkte jeg litt mer over problemstillingen og kom fram til at det er samme som spm.1, bare at det handler om brå død her. Deretter mener jeg at ett leveår spart i dag er mer verdt i dag. Derfor endrer jeg så til å velge alternativ 1. ut ifra personlig og økonomisk tenkning.”
- ”Jeg vil påpeke at jeg tenker som en økonom og velger alternativ 1. Jeg vil trekke fram diskontering som et nøkkelbegrep. Det er dyrere å behandle i framtiden enn det som kan behandles nå så derfor er det som kan behandles i nær tid det beste.”



- ”Jeg mener at hvis man kunne behandle de på 30 år så ville jeg gått for de, men til slutt går jeg for alternativ 1.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte ”Alternativ 1”:**

- ”Brå død er mer alvorlig og derfor aksepterer jeg høyere samlede kostnader for dette og sammenligner saken med organodonasjon, man må behandle de som trenger det nært i framtid når det er mer alvorlig.”
- ”Man sparer da flere liv enn ved å velge alt.2.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte ”Alternativ 2”:**

- ”Jeg følger min konsistenslinje og likhetsprinsippet. Jeg mener at uansett hva man gjør vil det være misnøye og den som er mest misfornøyd har ikke mer rett på noe mer enn andre. Individet og alderen spiller ingen rolle. Barn har for eksempel ikke produksjonsevne og produserer ikke noe før de er ferdig å studere så de kan ikke sammenlignes med en 50-åring.”
- ”Jeg begrunner det valget med at denne gruppen er 20 år gammel og dødstidspunktet er nesten det samme. Hadde de vært like gamle så hadde jeg kanskje prioritert annerledes. Behandling må gis nå uansett og det er ikke forskjell i behandling. Begge to er like alvorlige også. Men det er ikke helt sammenlignbare grupper.”
- ”Jeg mener at med å velge mellom disse gruppene kommer man i konflikt med at det er flere som vil dø tidlig i gruppe A enn i gruppe B. Bør man være villig til å betale mer for disse i gruppe A? Jeg klarer ikke å se konsekvensene av hva utfallet blir av hva jeg velger. Alle fortjener jo et liv i gjennomsnitt 80 år. De som har alvorlig sykdom når de er 30 år fortjener flere år enn å gi flere år til de som er 80 år. Jeg ender derfor opp med alternativ 2.”
- ”Jeg mener at dette er et vanskelig spørsmål, men at tiden er av mindre betydning så sant gevinsten er den samme. Derfor går jeg for alternativ 2.”
- ”Jeg velger alternativ 2 fordi det er viktig å starte behandling tidlig.”
- ”Jeg mener alternativ 2 er det riktige fordi et liv er like mye verdt som et annet liv. Gruppe A har større effekt, men det kan skje mye på 10-15 år med 20-åringer. For eksempel trafikkulykke osv. 20-åringer er jo en utsatt gruppe.”
- ”Jeg velger alternativ 2 fordi helsegevinsten og tidspunktet for den, rasjonelt sett er irrelevant. Det å telle antall QALY er det som er viktig, ikke tidspunktet for når gevinsten kommer. Det er problematisk at alt annet er likt. Man kan jo for eksempel ikke vite at pasienten lever senere, eller om det kommer et bedre legemiddel senere. Altså ikke realistiske spørsmål mener jeg. Ut i fra et rasjonelt standpunkt så er det alltid en

usikkerhet rundt dette og omdømme, følelser og sympati med pasienten vil slå inn på beslutningstaker i virkeligheten.”

- ”Jeg mener at helsegevinsten er ganske lik for de to gruppene. Kanskje prioritere de unge og legge vekt på de unge av og til i noen tilfeller. Men ikke i dette tilfellet mener jeg.”
- ”Jeg velger dette alternativet fordi livslengde per pasient er lik. Hvis de derimot hadde vært like gamle så kunne man brukt livslengde til å vurdere hva man ville velge.”
- ”Jeg velger alternativ 2 fordi effekten vil inntreffe når de er like gamle så derfor får de effekt i like mange år og like stor risiko for at begge får forverring.”
- ”Jeg velger alternativ 2 fordi forskjellen i tid er av mindre betydning.”
- ”Jeg velger dette alternativet fordi uansett hva utfallet blir kommer begge grupper til å få en økt sjanse til å bli mer enn 30-32 år.”

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte ”Alternativ 2”:**

- ”Det kan jo komme en ny behandling senere, men jeg velger alt. 2 fordi det spiller ingen rolle om livene blir spart nå eller senere. Om noen i gruppene dør så blir jo effekten mindre. Jeg velger altså alt. 2 fordi samme antall liv spares.”
- ”Innenfor vurderingen i om effekten kommer tidligere eller senere så har man uansett ressurser til behandlingen som gir en effekt uten store bivirkninger så derfor ender jeg opp på dette valget.”
- ”Dette valget forsvarer samme behandling og kostnader.”
- ”Man sparer like mange leveår ved dette valget. Hvis det derimot er gevinst som er målet så er det nøytralt hva jeg hadde valgt.”
- ”Gruppe B er irreversibelt med hensyn på dødsfall. Forskjellen i tid er av mindre betydning. Og her er det ikke relevant å få folk tilbake i arbeid, men samtidig er det kostnadsbesparende å få folk tilbake i arbeid.”
- ”Bedre medisin ligger alltid i bakgrunnen og at hvis budsjettet ligger til grunn så vil jeg ta dette i betraktning for gruppen B.”

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som valgte ”Alternativ 2”:**

- ”Igjen ser det ut som at fordeler av begge medisinene er de samme siden død er forventet å skje omtrent på samme tidspunkt for begge grupper så dermed er ikke tid noe aspekt å ta hensyn til her. Men hvis den ene medisinen er signifikant billigere enn den andre så synes jeg den billige burde bli favorisert.”
- ”Jeg er enig i alternativ 2 fordi forskjellen i tid er av mindre betydning for meg.”

### **8.2.7 Spørsmål 7 og 8:**

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte "Alternativ 1" som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet:**

- "Jeg velger her en betalingsvillighet på en del mindre. Kan lett tenke meg at siden det gjelder risiko for brå død her så er jeg villig til en litt høyere betalingsvillighet, men for å rendyrke tidsforskjellen så velger jeg å svare en del mindre."
- "Jeg velger her en betalingsvillighet på litt mindre av den grunn av at politisk tenkning styres av nåtiden. Jeg velger til slutt 85.000 kr."
- "Jeg valgte 80.000 kr som betalingsvillighet på spørsmål 4, men mener at siden det her gjelder brå død er det mulig å akseptere et høyere beløp, nemlig 90.000 kr."
- "Jeg mener at siden det her gjelder brå død så er jeg villig til å betale litt mer. Derfor velger jeg her en betalingsvillighet på 95.000 kr, mot 85.000 kr på spm. 4."

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte "Alternativ 1" som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet og som svarte "Usikker":**

- "Gitt at dette har effekt mot brå død så ligger beløpet langt innenfor det norske helsevesens betalingsvillighet og langt innenfor hva helsevesenet er villig til å betale for én QALY. Jeg mener at begge grupper vil være høyt prioriterte siden de er så unge og ender altså opp med å svare usikker."
- "Jeg svarer usikker pga. veldig vanskelig etisk problemstilling."

### **8.2.8 Spørsmål 9:**

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A:**

- "Jeg velger denne gruppen fordi det er det som er nærmest i nåtiden."
- "Fordi da kan man prioritere den andre gruppen senere."
- "Fordi man har bedre tid, og det er livsviktig å komme i gang med rask og effektiv behandling enn hos de i scenario 1."
- "Dette er lekmannstenkning så derfor ender jeg på dette valget."

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B:**

- ”Jeg mener at det å behandle 120 pasienter i gruppe B er det beste fordi effekten er den samme, men jo flere som får behandling, jo bedre er det. Risikotidspunktet for brå død på 35 år er det samme for begge gruppene så derfor velger jeg gruppen der flest pasienter får behandling.”
- ”Jeg mener at 120 B er det riktige alternativet her fordi verdsettingen er den samme ved brå død som ved kronikerne i scenario 1, så derfor velger jeg å svare det samme her som jeg gjorde i scenario 1.”
- ”Jeg mener at man bør behandle 120 pasienter i gruppe B. Jo flere som blir behandlet, jo bedre er det.”
- ”Jeg velger dette alternativet med den begrunnelsen at da er 20 liv ekstra spart.”
- ”Jeg velger 120 pasienter i gruppe B med den begrunnelsen at da får man behandlet flest mulig pasienter hvis man likestiller disse to alternativene.”
- ”Jeg velger 120 B fordi da blir flere behandlet, og det er bedre fordi gevinsten er den samme mellom disse to gruppene, den bare kommer litt senere hos de i gruppe B.”
- ”Jeg velger å behandle 120 pasienter i gruppe B fordi de to gruppene er like både kostnadmessig og effektmessig, så derfor velger jeg det slik at flest mulig kan bli behandlet.”
- ”Velger 120 B for da får man behandlet flest mulig.”
- ”Jeg velger 120 B fordi da får man behandlet flest mulig pasienter i forhold til gruppe A.”
- ”Jeg velger 120 pasienter i gruppe B fordi de er yngre og har flere leveår å vinne på denne risikoreduksjonen.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B:**

- ”Fordi da får man behandlet flest mulig pasienter.”
- ”Jeg mener at de er yngst og at de derfor bør prioriteres.”
- ”Jeg mener disse vinner mest i forhold til helsegevinst.”
- ”Da får man behandlet flest mulig.”
- ”Fordi de er nærmest i tid og kan behandles raskest.”

### **Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B:**

- ”Igjen hvis effekten av behandlingene er like så foretrekker jeg gruppe B siden man da kan behandle 20 % flere pasienter med de samme kostnadene.”

### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte ”Usikker”:**

- ”Jeg er usikker på dette spørsmålet hvis begge to skal få likt og mener det er urettferdig. Derfor ender jeg til slutt på ”Usikker” som svar.”

### **Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte ”Usikker” når de skulle velge mellom 100 pasienter i gruppe A eller 120 pasienter i gruppe B:**

- ”Muligheten til å velge er vanskelig når det gjelder brå død fordi alle liv er jo like mye verdt. Derfor valgte jeg alternativet ”Usikker” og begrunner dette med at det er veldig vanskelig å sette prislapp på menneskeliv.”
- ”Jeg ser ikke helt den store forskjellen mellom disse to gruppene.”

## **8.2.9 Spørsmål 10:**

### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som svarte ”Samme prioritet”:**

- ”Jeg mener det er samme mengde penger som blir fordelt likt, derfor bør det være samme prioritet. Hvis man skal ta hensyn til de som har det mest vanskelig så blir det urettferdig. Hvis man for eksempel sitter i livbåt så må alle dele på resten av vannet som er igjen, altså må alle følge likhetsprinsippet.”
- ”Jeg mener at selv om det er viktig med langsiktig behandling og at flere kan leve i mange år, så er det viktig å få med seg de som har færre leveår, de som kan få kvalitet på det livet de har igjen.”
- ”Jeg velger samme prioritering fordi jeg ikke synes at det har noen betydning hvor lenge behandlingen pågår. Jeg skulle gjerne visst noe mer om kostnader og nytteeffekten, men ut i fra opplysningene som er gitt så velger jeg dette.”
- ”Jeg mener at disse gruppene generelt sett bør behandles likt. Det bør gis samme prioritet siden det ikke er snakk om store utgifter.”
- ”Jeg velger samme prioritet selv om jeg mener at det sikkert ikke foregår slik i virkeligheten, og jeg vil tilføye at jeg er glad for at jeg ikke sitter på ”toppen” som beslutningstaker.”

- ”Jeg velger samme prioritet fordi her handler det om livslengde og ikke livskvalitet.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte samme prioritet:**

- ”Jeg mener at helsegevinst har samme verdi uansett hvor lenge man lever med disse sykdommene og derfor bør det være samme prioritet.”
- ”Samme prioritet er det rette valget fordi livslengde bør ikke ha noe å si for livskvalitet. For eksempel så kan en person med kreft se helt forskjellig på ½ og 5 år i forhold til hva en frisk person gjør.”
- ”Det bør gis samme prioritet fordi det er vanskelig å vite hva som skjer i fremtiden med hensyn til ulike ting.”
- ”Fordi spørsmålet generelt ikke har noen forutsetninger om at han ikke har råd til begge så velger respondenten samme prioritet.”
- ”Samme prioritet er det riktige siden livskvalitet ikke har noe med leveår å gjøre.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som svarte ”Samme prioritet”:**

- ”Hvis det ikke finnes noen andre alternative medisiner med liknende livreddende effekt eller bedre for mindre kostnader så vil jeg velge å behandle begge grupper likt siden hvert eneste liv som blir spart kan være til fordel for samfunnet.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som svarte ”De med mange leveår”:**

- ”Jeg prioriterer de med mange leveår og begrunner dette med at QALY er den samme og det vil gi samme justering hvis alt annet er likt. Velger derfor de som har flest år som de kan få glede over.”
- ”Jeg begrunner dette valget med at det gjelder like alvorlig sykdom, derfor er det størrelsen på gevinsten det kommer an på.”
- ”Jeg prioriterer de med mange leveår siden det er mer nyttig i å være frisk i mange år. Hvis man setter kroner på det så blir det det samme svaret.”
- ”Jeg mener at alderen spiller en viktig rolle. Jo yngre de er, jo mer fortjener de og bør prioriteres. Så dermed velger jeg å prioritere de med mange leveår, altså de som får mest gevinst.”
- En annen respondent som velger å prioritere de med mange leveår mener dette gir like stor helsegevinst hvert år for begge gruppene.

- ”Jeg mener de med mange leveår er riktig fordi alderen har betydning. Jeg prioriterer altså de som er yngre i forhold til de eldre. Men jeg vil også nevne at det er mye som spiller inn i dette spørsmålet i virkeligheten. Jeg har litt lyst å velge samme prioritet, men går til slutt for de med mange leveår.”
- ”Jeg begrunner valget med å prioritere de med mange leveår med at livskvalitet ikke er en del av spørsmålet, det gjelder bare levetid. Folk ønsker jo å leve lengst mulig uansett.”
- ”Jeg velger å prioritere de med mange leveår fordi helt isolert sett får man da igjen mer for de investerte pengene.”
- ”Jeg velger å prioritere de med mange leveår fordi det er viktig å telle antall år og forutsette at de har samme QALYs. Man vil jo ikke forlenge et begredelig liv. Antall år man forlenger et liv er viktig!”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte å prioritere de med mange leveår:**

- ”Dette spørsmålet gjelder bare antall år og den behandlingen som vil ha virkning i flest år. Hvis effekten er lik så vil jeg derfor velge prioritet til de med mange leveår.”
- ”Jeg mener dette valget er mest fornuftig.”
- ”Ut i fra det om å velge det som er mest kostnadseffektivt så velger jeg de med mange leveår. Men jeg understreker at dette er en svært etisk problemstilling der man får mange QALY.”
- ”Jeg velger de med mange leveår, men hvis det gjaldt brå død her så var det mer viktig med likhet og da ville jeg valgt samme prioritet.”

### **8.2.10 Spørsmål 11:**

**Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte alternativ 1:**

- ”Jeg velger alternativ 1 med den begrunnelsen at blant annet gevinsten er større ved dette alternativet. Selv om det er samme alvorlighetsgrad og forbedring, og ulik alder, bør gruppe B prioriteres mindre. Dette vil jevne ut helseforskjellene innenfor alderen.”
- ”Jeg 1 begrunner dette valget med at man vil ha en større gevinst ved alt annet likt.”
- ”Jeg begrunner dette med at helsegevinsten varer lengre og at man får nytte av den i lengre tid. De yngre vil altså få glede av den i lengre tid.”
- ”Hvis man ser på alderssammenhengen så er alt.1 riktig å velge fordi da får de som er yngre mer tid til å tjene samfunnet i motsetning til den andre gruppen.”

- ”Jeg mener at fordi de har nytte av dette i flere år så får de flere QALYs. De har plager i 10 år, og ikke 20 år som hos den andre gruppen. En kirurgisk behandling vil for eksempel være en risiko for eldre.”
- ”Jeg velger alt. 1 fordi helsegevinsten er størst i gruppe A.”
- ”Jeg velger alt.1 fordi de får glede av det lenger. Gjennomsnittsalderen i Norge er ca.80 år. Derfor er det mer gevinst for den gruppen som lever i 20 år.”
- ”Jeg velger alt.1 fordi effekten er like god. Pasientene lever like lenge til sammen i de to gruppene og forventet levealder i Norge er jo 85 år. Den ene behandlingen har lengre effekt, og en 20-års effekt er bedre enn en 10-års effekt, objektivt sett.”
- ”Jeg velger alt.1 fordi helsegevinsten er større og varer lenger. Gevinsten for personene i gr.A og gr.B er lik, men det er gitt at gr.A gir samme gevinst i flere år.”
- ”Jeg begrunner prioriteringen med å velge alt. A med at dette tross alt gir dobbelt så mange gode leveår. Men dette bør ikke overhodet bety at man ikke skal prioritere B, bare at man ikke trenger å prioritere gruppe B så mye som A.”
- ”Jeg velger alt.1 fordi man må tenke QALY og hvis man skal prioritere som i scenario 2 så velger man at de yngre som har lengre sannsynlig helsegevinst får flere leveår.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte alternativ 1:**

- ”Jeg mener at det er naturlig at sykdom A prioriteres, altså alternativ 1. Jeg vil også understreke at denne problemstillingen er langt fra den virkelige verden som det norske helsevesen skal forholde seg til.”
- ”Jeg velger også å prioritere alt.1 fordi selv om man har samme effekt i de to behandlingene så er det lenger varighet for gruppe 1. Det er et viktig aspekt som man må ta hensyn til.”
- ”Jeg må være konsistent med forrige spørsmål og velge den yngste gruppen.”
- ”Jeg velger alternativ 1 fordi helsegevinsten er den samme.”
- ”Jeg velger alternativ 1 fordi helsegevinsten varer lenger her.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som valgte ”Alternativ 1”:**

- ”Siden det er en såpass ”eldre” gruppe så mener jeg alternativ 1 er mest riktig. Men hadde spørsmålet gjaldt noen i aldersgruppe på 30-40 år så hadde jeg nok gått for samme prioritering.”



### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte alternativ 2:**

- ”Jeg tenker at det her er samme pengebinge som skal fordeles og ingen skal få mer enn andre, så derfor velger jeg alt.2.”
- ”Jeg mener at spm.11 er ulik spm.10 og blir derfor forvirret. Jeg mener at det ikke er samme eksempel siden det er forskjellig alder. 10 år er mye for de som er gamle og man må tenke litt på aldersnivå. Og det er ikke det samme som en 13-åring som en med en sjelden sykdom. Kan ikke se at den ene gruppen skal prioriteres framfor den andre. Men jeg mener til slutt at begge grupper oppnår den maksimale levetid.”
- ”Jeg velger å være konsistent med tidligere tanker og velger alternativ 2.”
- ”Jeg velger alternativ 2 og begrunner dette med at man ikke alltid skal tenke gevinst. Det er også viktig at de i den eldre gruppen bør få samme prioritering selv om ingen av dem kommer ut i arbeidslivet.”
- ”Det er i utgangspunktet samme tilstand og samme behandling og bør derfor tilbys i samme grad, i hvert fall i dette tilfellet. Det skal være lik behandling for like grupper. Hvis det for eksempel handlet om terminale grupper så hadde jeg kanskje prioritert litt annerledes. 10 år er jo lenge så jeg er ikke i tvil i dette tilfellet.”
- ”Jeg mener at behandling ikke er noe mindre viktig hos de eldre. Dette gir også mindre press på helsevesenet og rent økonomisk betyr det heller ikke så mye. De eldre er jo ikke noe å spare på rent økonomimessig uansett siden de ikke er arbeidsføre.”

### **Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte alternativ 2:**

- ”Jeg mener at det er ganske så likestilte grupper, bare med forskjell i arbeidsfunksjonen. Det berører helseeffekten annerledes enn om det var penger involvert så derfor ender jeg opp med alternativ 2.”
- ”Dette med at alder har jo litt å si når man skal prioritere. Men samtidig er det liten aldersforskjell her så det er vanskelig å avgjøre. Hvis det var større aldersforskjell så hadde jeg kanskje valgt alt. 1 i stedet for. Og hvis dette gjaldt i virkeligheten og at jeg var en beslutningstaker så hadde jeg kanskje alternativ 1. Jeg lurer også på om det er rett å prioritere de yngre fremfor de eldre og synes det er en veldig vanskelig etisk problemstilling. Men siden dette bare er teoretisk og man skal si sin personlige mening så ender jeg altså opp med å velge alternativ 2.”
- ”Jeg mener at Finansdepartementet i hvert fall ville valgt dette alternativet og det samme gjør jeg og jeg legger samtidig til at det er avhengig om det er mann eller kvinne fordi de har forskjellig levetid.”
- ”Fordi det er viktig at leveårene som er igjen er like god for alle. Livskvalitet er like viktig for alle sammen.”

- ”Jeg mener at det å sette to sykdommer opp i mot hverandre er etisk vanskelig, men velger til slutt alternativ 2.”

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som valgte ”Alternativ 2”:**

- ”Jeg vil prioritere begge grupper likt siden ingen av gruppene vil være i stand til å yte noe til samfunnet som en helhet siden gruppe A ikke vil være i stand til å gå tilbake til det normale arbeidsliv og dermed ikke klare å produsere skattbar inntekt og individene i gruppe B vil allerede være pensjonert. Men likevel, selv om det er litt uetisk, så mener jeg at siden individene i gruppe A ikke vil være i stand til å yte noe til samfunnet ved arbeidskraft, at behandling for denne gruppen faktisk ikke trengs. Men fremdeles så finnes jo det livskvalitet og disse folkene vil sannsynligvis ikke trenge så mye behandling fra helsevesenet hvis de blir behandlet sammenlignet med de som ikke får denne behandlingen. Så dermed bidrar de til samfunnsvelferden fra en annen vinkel siden mindre skattepenger brukes for å videre generell behandling av dem.”
- ”Begge pasientgrupper har mulighet til å leve frem til de er 85 år og derfor mener jeg at 10 år bør få like stor prioritet som 20 år i levetid”
- ”Jeg synes det ganske liten aldersforskjell så jeg mener de bør ha samme prioritet. Når man er 70 år kan man ha igjen mange leveår, i hvert fall i Norge hvor levestandarden er høy og gjennomsnittsalderen er høy.”

### **8.2.11 Spørsmål 12 og 13:**

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte ”Alternativ 1” som dermed måtte velge grad av betalingsvillighet:**

- ”Jeg lurar litt på her om de skal være kostnadseffektive siden jeg vil betale det samme for begge to. Men jeg velger til slutt usikker.”
- ”Jeg velger her en betalingsvillighet på vesentlig mindre fordi jeg mener diskonteringsraten er nøkkelpunktet for å velge dette. Jeg mener at man bør gi halvparten, men pga. diskontering så ender dette beløpet på 70.000 kr.”
- ”100.000 kr er det man spanderer på gr.A. Dette synes jeg er en lav grense for vunnet QALY. En burde heller hatt 500.000 som grense. Jeg kunne være villig til å betale like mye før gr. B. Da blir QALY 10.000. Dette er viktig innenfor en normativ grense og på grunn av prissetting blir det derfor litt mindre. Sykdom B er absolutt verdt en sånn behandling også. Savner alternativet ”like mye” gitt at sykdom B ville gi samme.”
- ”Jeg svarer at jeg er villig til å gi 70.000 for alt.1. Men det ideelle svaret hadde vært QALY, for det er der de krysser.”
- ”Jeg mener at ved å velge alt.1 og gr.A så får man bare halvparten så mange leveår, men det trenger ikke bety at man skal betale halvparten så mye. Jeg velger derfor å betale

70.000, avhengig av generasjonens helse. Det er stor forskjell på helsen til 70-åringer generelt og de eldre det er snakk om her. Man må vurdere generasjonens helsetilstand og når det gjelder de friskeste så kan jo de leve mye lenger enn det som er oppgitt her i problemstillingen. ”

### **8.2.12 Spørsmål 14:**

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A:**

- ”Jeg velger å behandle 100 pasienter i gruppe A og begrunner dette med at de får større helsegevinst totalt sett, altså flere QALYs totalt sett.”
- ”Jeg velger dette alternativet og begrunner det med at det er stor forskjell på effekt så derfor velger jeg å behandle 100 pasienter i gruppe A.”
- ”Jeg velger å prioritere 100 pasienter i gr. A fordi det gir dobbel helsegevinst. Og jeg mener at en 20 % økning ikke kan forsvare det å behandle 120 i gr. B.”
- ”Jeg velger 100 A gitt at det i dette tilfellet er flere QALYs i gr. A enn i gr. B.”
- ”Jeg har regnet ut QALYs i dette spørsmålet og fikk da at 100 A vil gi 2000 QALYs mens ved å velge 120 B så vil man bare få 1200 QALYs. Derfor velger jeg 100 A.”
- ”Jeg velger å prioritere 100 pasienter i gruppe A fordi de er mer yngre enn de i gr. B.”
- ”Jeg velger å behandle 100 i gruppe A fordi da får man flere år per helsekrone.”

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte å behandle 100 pasienter i gruppe A:**

- ”Jeg velger gruppe A med den begrunnelsen at da får man mest gevinst.”
- ”Det er det beste alternativet fordi de er jo gamle folk der andre ting kan spille inn og avgjøre hvordan utfallet blir, f.eks sykdom og død.”
- ”100 A er det beste alternativet fordi en 60-åring kan leve lenger enn en 75-åring.”
- ”Fordi da mener jeg at man kan behandle flest når det gjelder forbedrede leveår.”

#### **Kommentarer og tanker fra respondenter i forvaltningen som valgte å behandle 120 pasienter i gruppe B:**

- ”Jeg velger å behandle 120 pasienter i gruppe B og begrunner dette med at da får man behandlet flest pasienter.”

- ”Jeg velger 120 B fordi da får man mest for pengene, altså behandlet flest.”
- ”Jeg mener at det skal være likt tilbud for alle, derfor er alt. 120 B det mest riktige valget. Å behandle flest mulig er det beste innenfor et gitt budsjett. Men litt mer usikker her enn i de to andre liknende spørsmålene i de forrige scenarioene.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter i Stortingskomiteen/Prioriteringsrådet som valgte ”Usikker” når de skulle velge mellom 100 pasienter i gruppe A eller 120 pasienter i gruppe B:**

- ”Jeg velger ”Usikker” på grunn av ulikheten i funksjonsnivå som kan være veldig forskjellig blant eldre folk.”
- ”Jeg velger å svare ”Usikker” med den begrunnelsen at det er veldig vanskelig å sette alder opp mot livslengde.”

**Kommentarer og tanker fra respondenter blant studentene som valgte ”Usikker”:**

- ”Jeg finner det vanskelig å velge mellom grupper når perspektivet på livskvalitet er involvert og derfor må jeg svare ”Usikker”.”

## 8.3 Pilotspørreskjema

1. juni 2011,

Erik Nord, Folkehelseinstituttet

Spørsmål om tidspreferanser.

1 (generelt). En behandling forhindrer et helsetap i én gruppe i nær framtid, mens en annen behandling forhindrer et like stort og like sikkert helsetap i en annen gruppe om noen år. Alt annet like, bør de to tiltakene ha samme eller ulik prioritet? (Sett strek under ett av svarene.)

Prioritet til det nære      Prioritet til det fjernere      Samme prioritet      Usikker

2 (eksempel). Det er søkt om opptak i blåreseptordningen for to nye legemidler - Nonux og Danux. Legemiddelverket skal ta stilling til hvor høye kostnader som kan aksepteres for hver av dem.

Nonux er utviklet for kronikergruppe A og Danux for kronikergruppe B. Begge legemidlene er for pasienter i et tidlig stadium av sin sykdom. Pasientene i de to målgruppene har like alvorlige plager.

Pasienter i gruppe A er omkring 30 år gamle. De vil om 2-3 år gå over i et stadium med mer alvorlige plager. Ved straks å starte behandling med Nonux vil forverringen begrenses.

Pasienter i gruppe B er omkring 20 år gamle. De vil om 10-15 år gå over i et stadium med mer alvorlige plager. Forverringen vil være like stor som den som skjer i pasientgruppe A. Ved å behandle med Danux vil forverringen begrenses like mye som Nonux begrenser forverring i gruppe A. Behandlingen må i så fall starte straks. En kan ikke regne med at det kommer noe bedre legemiddel seinere.

Nonux og Danux gir altså like store framtidige helsegevinster for pasienter med like alvorlige plager. Men gevinsten ved behandling med Nonux i gruppe A kommer tidligere enn gevinsten ved behandling med Danux i gruppe B.

Hvilken av de to følgende er du enig i?

1. Siden gevinsten kommer tidligere ved behandling med Nonux i gruppe A enn med Danux i gruppe B, bør det aksepteres høyere kostnader for Nonux enn for Danux.
2. De to legemidlene forsværer like høye kostnader fordi alvorlighetsgrad og effekt er de samme i begge målgruppene og forskjellen i tid er av mindre betydning.

Svar:

3. Legemiddelverket kommer til at det offentlige bør være villig til å betale opp til kr 100.000 per pasient for behandling med Nonux i gruppe A. Hvor mye mener du i så fall det offentlige bør være villig til å betale per pasient for behandling med Danux i gruppe B? (Sett strek under ett av svarene.)

Vesentlig mindre    Noe mindre    Det samme    Noe mer    Vesentlig mer

4. Hvis mindre eller mer, hvilket av følgende beløp (alle tall i tusen kroner)?

50   60   70   80   85   90   95            105   110   115   120   130   140   150

5. Det er søkt om opptak i blåreseptordningen for to nye legemidler – Enil og Tonil. Legemiddelverket skal ta stilling til hvor høye kostnader som kan aksepteres for hver av dem.

Enil er utviklet for en risikogruppe A og Tonil for en risikogruppe B.

Pasienter i gruppe A er omkring 30 år gamle. De vil om 2-3 år få komplikasjoner som gir forhøyet risiko for brå død. Ved straks å starte behandling med Enil vil komplikasjonene og risikoøkningen begrenses og liv spares.

Pasienter i gruppe B er omkring 20 år gamle. De vil om 10-15 år få komplikasjoner som gir forhøyet risiko for brå død. Risikoøkningen vil være like stor som den som forventes i pasientgruppe A. Ved å behandle med Tonil vil komplikasjonene og risikoøkningen begrenses like mye som det en oppnår med Enil i gruppe A. Behandlingen må i så fall starte straks. En kan ikke regne med at det kommer noe bedre legemiddel seinere.

Enil og Tonil gir altså like store framtidige effekter. Anvendt på like mange pasienter vil de dermed spare like mange liv. Men de sparte livene ved behandling med Enil i gruppe A kommer tidligere enn de sparte livene ved behandling med Tonil i gruppe B.

Hvilken av de to følgende er du enig i?

1. Siden de sparte livene ved behandling med Enil i gruppe A kommer tidligere enn de sparte livene ved behandling med Tonil i gruppe B, bør det aksepteres høyere kostnader for Enil enn for Tonil.
2. De to legemidlene forsvarer like høye kostnader fordi alvorlighetsgrad og antall liv som spares er de samme i begge målgruppene og forskjellen i tid er av mindre betydning.

Svar:

6. Legemiddelverket kommer til at det offentlige bør være villig til å betale opp til kr 100.000 per pasient for behandling med Enil i gruppe A. Hvor mye mener du i så fall det offentlige bør være villig til å betale per pasient for behandling med Tonil i gruppe B? (Sett strek under ett av svarene.)

Vesentlig mindre    Noe mindre    Det samme    Noe mer    Vesentlig mer

7. Hvis mindre eller mer, hvilket av følgende beløp?

50   60   70   80   85   90   95            105   110   115   120   130   140   150

8 (generelt). En gruppe vil få glede av en behandling i mange leveår, mens en annen gruppe vil få glede av den samme behandlingen i noe færre leveår. Alt annet like, bør de to gruppene ha samme eller ulik prioritet? (Sett strek under ett av svarene.)

Prioritet til de med mange leveår    Prioritet til de med noe færre leveår    Samme prioritet    Usikker

9 (eksempel). Sykdom A inntreffer typisk blant 60-65 åringer. Den fører til redusert bevegelighet. En ny behandling gir varig funksjonsforbedring. De berørte får glede av den ut levetiden, dvs i gjennomsnitt 20 år.

Sykdom B inntreffer typisk for 70-75 åringer. Den fører til redusert bevegelighet i samme grad som sykdom A. En ny behandling gir samme grad av funksjonsforbedring som behandlingen for sykdom A. De berørte får glede av forbedringen ut levetiden, dvs i gjennomsnitt 10 år.

Når varighet tas i betraktning, er altså helsegevinsten dobbelt så stor ved behandling av sykdom A som ved behandling av sykdom B. På den annen side er alvorlighetsgraden og funksjonsforbedringen den samme i de to tilfellene. Hvilken av de to følgende er du enig i?



1. Behandling for sykdom A bør prioriteres framfor behandling for sykdom B fordi helsegevinsten er større (varer lenger).
2. De to pasientgruppene bør ha samme prioritet fordi sykdommene er like alvorlige, funksjonsforbedringen er den samme og varigheten av effektene er vesentlig i begge tilfeller.

Jeg er enig i:

10. Myndighetene kommer til at det offentlige bør være villig til å betale opp til kr 100.000 per pasient for behandling for sykdom A. Hvor mye mener du i så fall det offentlige bør være villig til å betale per pasient for behandling for sykdom B? (Sett strek under ett av svarene.)

Vesentlig mindre    Noe mindre    Det samme    Noe mer    Vesentlig mer

11. Hvis mindre eller mer, hvilket av følgende beløp (alle tall i tusen kroner)?

50   60   70   80   85   90   95            105   110   115   120   130   140   150

Tusen takk for svarene!

## 8.4 Spørreskjema

### Meningsmåling om tidspreferanser ved prioritering i helsevesenet

**1** (generell problemstilling). En behandling forhindrer et helsetap i én gruppe i **nær framtid**, mens en annen behandling forhindrer et like stort og like sikkert helsetap i en annen, like stor gruppe **om noen år**. Alt annet likt, bør de to tiltakene ha samme eller ulik prioritet? (Sett strek under ett av svarene.)

Prioritet til det nære      Prioritet til det fjernere      Samme prioritet      Usikker

**2** (eksempel). Det er søkt om opptak i blåreseptordningen for to nye legemidler - Nånux og Danux. Legemiddelverket skal ta stilling til hvor høye kostnader som kan aksepteres for hver av dem.

Nånux er utviklet for kronikergruppe A og Danux for kronikergruppe B. Begge legemidlene er for pasienter i et tidlig stadium av sin sykdom. Pasientene i de to målgruppene har like alvorlige plager.

Pasienter i gruppe A er omkring 30 år gamle. De vil **om 2-3 år** gå over i et stadium med mer alvorlige plager. Ved straks å starte behandling med **Nånux** vil forverringen begrenses. Behandlingen vil pågå i 2 år, og bivirkningene er små.

Pasienter i gruppe B er omkring 20 år gamle. De vil **om 10-15 år** gå over i et stadium med mer alvorlige plager. Forverringen vil være like stor som den som skjer i pasientgruppe A. Ved å behandle gruppe B med **Danux** vil forverringen begrenses like mye som Nånux begrenser forverring i gruppe A. Behandlingen med Danux må i så fall starte straks. Den vil pågå i 2 år, og bivirkningene er små. (For problemstillingens skyld, se bort fra muligheten av at det kommer noe bedre legemiddel seinere.)

Nånux og Danux gir altså like store framtidige helsegevinster for pasienter med like alvorlige plager. Men gevinsten ved behandling med Nånux i gruppe A kommer tidligere enn gevinsten ved behandling med Danux i gruppe B.

Hvilken av de to følgende er du mest enig i? Sett kryss ved et av svaralternativene.

1. Siden gevinsten kommer tidligere ved behandling med Nånux i gruppe A enn med Danux i gruppe B, bør det aksepteres høyere samlede kostnader per pasient for behandling med Nånux enn for behandling med Danux.
2. De to behandlingene forsvaret like høye samlede kostnader per pasient fordi alvorlighetsgrad og effekt er de samme i begge målgruppene og forskjellen i tid er av mindre betydning.

**3. Besvares hvis svaralternativ 1 på spørsmål 2, ellers hopp til spørsmål 5:**

Legemiddelverket kommer til at det offentlige i alt bør være villig til å betale opp til kr 100.000 per pasient for behandling med Nånux i gruppe A. Hvor mye mener du i så fall det offentlige i alt bør være villig til å betale per pasient for behandling med Danux i gruppe B? (Sett strek under ett av svarene.)

Litt mindre      En del mindre      Vesentlig mindre      Usikker

**4.** Sammenliknet med kr 100.000 i gruppe A, hva med for eksempel kr 10.000, eller 50.000, eller 95.000 i gruppe B? Velg ett av følgende beløp (alle tall i tusen kroner):

10      20      30      40      50      60      70      80      85      90      95

**5.** Anta at man for et gitt budsjett måtte velge mellom å behandle 100 pasienter i gruppe A eller 120 pasienter i gruppe B. Hva ville du foretrekke?

100 A      120 B      Usikker

**De følgende spørsmålene er som de foregående, men gjelder tiltak som forebygger dødsfall.**

6. Det er søkt om opptak i blåreseptordningen for to nye legemidler – Enil og Tonil. Legemiddelverket skal ta stilling til hvor høye kostnader som kan aksepteres for hver av dem.

Enil er utviklet for en risikogruppe A og Tonil for en risikogruppe B.

Pasienter i gruppe A er omkring 30 år gamle. De vil **om 2-3 år** få komplikasjoner som gir forhøyet risiko for brå død. Ved straks å starte behandling med **Enil** vil komplikasjonene og risikoøkningen begrenses og liv spares. Behandlingen vil pågå i 2 år, og bivirkningene er små.

Pasienter i gruppe B er omkring 20 år gamle. De vil **om 10-15 år** få komplikasjoner som gir forhøyet risiko for brå død. Risikoøkningen vil være like stor som den som forventes i pasientgruppe A. Ved å behandle med **Tonil** vil komplikasjonene og risikoøkningen begrenses like mye som det en oppnår med Enil i gruppe A. Behandlingen må i så fall starte straks. Den vil pågå i 2 år, og bivirkningene er små. (For problemstillingens skyld, se bort fra muligheten av at det kommer noe bedre legemiddel seinere.)

Enil og Tonil gir altså like store framtidige effekter. Anvendt på like mange pasienter vil de dermed spare like mange liv. Men de sparte livene ved behandling med Enil i gruppe A kommer tidligere enn de sparte livene ved behandling med Tonil i gruppe B.

Hvilken av de to følgende er du mest enig i? Sett kryss ved et av svaralternativene.

1. Siden de sparte livene ved behandling med Enil i gruppe A kommer tidligere enn de sparte livene ved behandling med Tonil i gruppe B, bør det aksepteres høyere samlede kostnader per pasient for Enil enn for Tonil.
2. De to behandlingene forsvaret like høye samlede kostnader per pasient fordi alvorlighetsgrad og antall liv som spares er de samme i begge målgruppene og forskjellen i tid er av mindre betydning.

**7. Besvares hvis svaralternativ 1 på spørsmål 6, ellers hopp til spørsmål 9:**

Legemiddelverket kommer til at det offentlige i alt bør være villig til å betale opp til kr 100.000 per pasient for behandling med Enil i gruppe A. Hvor mye mener du i så fall det offentlige i alt bør være villig til å betale per pasient for behandling med Tonil i gruppe B? (Sett strek under ett av svarene.)

Litt mindre      En del mindre      Vesentlig mindre      Usikker

**8.** Sammenliknet med kr 100.000 i gruppe A, hva med for eksempel kr 10.000, eller 50.000, eller 95.000 i gruppe B? Velg ett av følgende beløp (alle tall i tusen kroner):

10      20      30      40      50      60      70      80      85      90      95

**9.** Anta at man innenfor et gitt budsjett måtte velge mellom å behandle 100 pasienter i gruppe A eller 120 pasienter i gruppe B. Hva ville du foretrekke?

100 A      120 B      Usikker

**De følgende spørsmålene dreier seg ikke om *når* helsegevinsten kommer, men om *hvor lenge man får glede av den*.**

**10** (generelt). En gruppe vil få glede av en behandling i mange leveår, mens en annen gruppe vil få glede av den samme behandlingen i noe færre leveår. Alt annet likt, bør de to gruppene ha samme eller ulik prioritet? (Sett strek under ett av svarene.)

Prioritet til de med mange leveår    Prioritet til de med noe færre leveår    Samme prioritet    Usikker

**11** (eksempel). Sykdom A inntreffer typisk blant 60-65 åringer. Den fører til redusert bevegelighet og arbeidsuførhet. En ny kirurgisk behandling gir varig funksjonsforbedring, men ikke tilbakeføring til arbeid. De berørte får glede av funksjonsforbedringen ut levetiden, dvs i gjennomsnitt **20 år**.

Sykdom B inntreffer typisk for 70-75 åringer. Den fører til redusert bevegelighet i samme grad som sykdom A. En ny kirurgisk behandling gir samme grad av funksjonsforbedring som behandlingen for sykdom A. De berørte får glede av forbedringen ut levetiden, dvs i gjennomsnitt **10 år**.

Når varighet tas i betraktning, er altså helsegevinsten dobbelt så stor ved behandling av sykdom A som ved behandling av sykdom B. På den annen side er alvorlighetsgraden og funksjonsforbedringen den samme i de to tilfellene. Hvilken av de to følgende er du mest enig i? Sett kryss ved ett alternativ:

1. Behandling for sykdom A bør prioriteres framfor behandling for sykdom B fordi helsegevinsten er større (varer lenger).
2. De to pasientgruppene bør ha samme prioritet fordi sykdommene er like alvorlige, funksjonsforbedringen er den samme og varigheten av effektene er vesentlig i begge tilfeller.

**12. Besvares hvis svaralternativ 1 på spørsmål 11, ellers hopp til spørsmål**

**14:** Myndighetene kommer til at det offentlige i alt bør være villig til å betale opp til kr 100.000 per pasient for behandling for sykdom A. Hvor mye mener du i så fall det offentlige i alt bør være villig til å betale per pasient for behandling for sykdom B? (Sett strek under ett av svarene.)

Litt mindre      En del mindre      Vesentlig mindre      Usikker

13. Hvis mindre enn kr 100.000, hva med for eksempel kr 10.000, eller 50.000, eller 95.000?

Velg ett av følgende beløp (alle tall i tusen kroner):

10      20      30      40      50      60      70      80      85      90      95

14. Anta at man innenfor et gitt budsjett måtte velge mellom å behandle 100 pasienter i gruppe A eller 120 pasienter i gruppe B. Hva ville du foretrekke?

100 A      120 B      Usikker

Til slutt litt om deg selv:

15 Kjønn:

16 Alder:

17 Har du barn?

18 Utdanning (sett strek): Grunnskole   Videregående   Universitet/høyskole

(19 Stilling)

(20 Type virksomhet)

21 Rolle/verv i arbeid med prioritering i helsevesenet:

22 Økonom?    Nei/Ja: \_\_\_\_\_

Tusen takk for svarene!

